BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7, BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME QUARANTE-NEUVIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1855

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Quelques Mots sur le vitalisme et l'organicisme pur en regard de la thérapeutique.

Quelques médecins, appartenant plus ou moins étroitement à la presse médicale périodique, se sont étonnés de la direction inaccoutumée que prennent, depuis un certain temps, les discussions au sein de l'Académie impériale de médecine : ce qui nous surprend, nous, en ceci, c'est cet étonnement. Tant que la médecine n'aura point abdiqué ses prétentions à être quelque chose, comme une science, les questions qu'on agite aujourd'hui seront posées, et les esprits les plus élevés, parce qu'ils sont les plus tourmentés du besoin de connaître, s'efforceront de les résoudre. Si c'était ici le lieu de le faire, il nous serait facile de démontrer qu'à toutes les époques de la médecine, depuis Hippocrate jusqu'à Cudworth, qui admet dans les animaux et les plantes des natures plastiques et vitales, depuis Van-Helmont jusqu'au plus illustre représentant actuel de l'école de Montpellier, M. Lordat, tout ce qui a médité, pensé et senti le besoin de conclure en médecine s'est, à un moment donné de sa vie intellectuelle, posé la question qui est au fond des deux doctrines aujourd'hui en lutte au sein de l'Académie, et en dehors d'elle, dans une foule de livres, le vitalisme et l'organicisme. Notre but, en touchant à cette discussion, n'est pas de la transporter dans le *Bulletin de thérapeutique :* outre que ce serait nous exposer à sortir de notre cadre habituel que d'aborder d'une manière expresse cette discussion, ce journal a trop vieilli dans les luttes doctrinales, pour qu'il nous soit besoin de faire une profession de foi à cet égard; nous croyons fermement que la force qui, de l'ovule touché par le sperme, surgit tout à coup, et fait sortir de cette vésicule tout à l'heure inerte un organisme en tout sem-

blable à celui dont cette vésicule s'est détachée; nous croyons fermement, disons-nous, qu'aucune force connue, *et possible* dans la pure matière, n'est cette force. De la profonde originalité de l'effet, nous concluons à la profonde originalité de la cause, et nous disons qu'il y a dans l'homme physiologique autre chose que de la matière et les forces communes de la matière. Là s'arrêtent nos conclusions, telles au moins qu'il nous convient en ce moment de les formuler. Mais ce n'est point là, à proprement parler, l'objet de cette note : fidèle au but essentiel que poursuit le *Bulletin* nous voulons seulement ici dire un mot des afférences de cette question avec la pratique, et rechercher si la thérapeutique est intéressée dans la solution de cette question, et jusqu'à quel point elle y est intéressée.

Ainsi délimité, le problème est beaucoup plus simple, et il est possible que les quelques considérations dans lesquelles nous allons entrer, en nous tenant à cet unique point de vue, ne soient pas dénuées de tout intérêt.

Une fois que l'homme a en main la méthode d'observation, il serait absurde de prétendre qu'il doive jamais s'en dessaisir en faveur d'une autre méthode. Le fait n'est pas la loi qui le régit, mais la loi est incontestablement dans le fait, puisque celui-ci lui est nécessairement soumis dans son développement. Étudier les faits dans leur ordre de succession, c'est donc un des objets fondamentaux de la science, et en attendant que la science soit rigoureusement constituée, si ce temps arrive jamais, étant données les défaillances de l'esprit humain, cette voie est la seule dans laquelle la logique du bon sens commande de marcher. Telle est, vis-à-vis de la science, cette nécessité logique, qu'à toutes les époques des études sérieuses on l'a vue dompter les intelligences les plus rebelles, les plus infatuées de la puissance de l'idée, de l'infaillibilité des principes. Nombreuses sont les théories qui ont tour à tour aspiré à gouverner les sciences médicales; plus nombreuses encore, si elles s'étaient formulées, seraient les théories éclectiques que chacun s'est faites, en s'en tenant à son unique point de vue, dans la rationalisation de ses propres observations. Mais croyez-vous que jamais la théorie pure ait gouverné la pratique médicale? Croyez-vous que jamais l'observation en ait été absente? Le supposer, ce serait faire preuve d'une ignorance complète des tendances naturelles de l'esprit, ce serait montrer en outre qu'on ignore complétement le passé de la science. Ce que nous venons de dire de la nécessité de l'observation et qui s'applique à toutes les sciences en général, nous l'appliquons plus particulièrement encore à la médecine. Aussi bien, remarquez que, quand Bacon se posa, dans le monde de

la pensée, comme l'inventeur de cette méthode, nombre de voix s'élevèrent pour protester et revendiquer en faveur d'Hippocrate au moins tout ce qu'il y avait d'original dans cette conception. Ce qui trompa Bacon sur ce point, et tous ceux qu'il entraîna à la suite dans la même erreur, c'est que le plus souvent l'observation n'intervenait qu'après l'idée, pour en vérifier la valeur, tandis que pour l'immense majorité, la presque totalité des hommes, il est sage qu'elle la précède, et que l'idée ne se produise que sous la forme moins aventureuse de l'induction.

Ceci posé, est-ce comme induction, ou comme affirmation *à priori*, que le vitalisme établit que la vie est autre chose qu'un résultat de la matière et des forces communes de la matière? Est-ce comme induction, ou comme affirmation, disons-nous, que le vitalisme s'est installé dans la science? C'est en suivant l'une et l'autre voie que les médecins sont arrivés à poser ce principe; et c'est parce qu'il est fort de cette double consécration que ce principe est inattaquable. L'homme n'a pas seulement le sentiment de l'*être*, mais le sentiment d'une existence déterminée, d'une certaine détermination de l'*être*. Rien que ce point de vue nous met à cent lieues des forces communes de la matière, qui n'ont aucun lien analogique avec une force douée d'une si profonde originalité. «Tout cela, dit un homme illustre cité par Barthez, sont autant de faits que donne la nature, qu'aucune hypothèse ne peut renverser, qu'aucun langage scolastique ne peut anéantir. Reconnaître ces faits est la plus ancienne philosophie de la terre, comme vraisemblablement elle en sera la dernière. Autant je sais avec certitude que je pense, et que je ne connais point ma force pensante, autant je vois et je sens certainement que je vis, quoique je ne connaisse pas non plus ce que c'est que le principe de la vie. Cette puissance est innée, organique et génératrice; elle est le fondement de mes forces naturelles; elle est le génie intime de tout mon être (¹). » C'est encore parce que le principe de vie est d'un autre ordre que le principe des phénomènes purement physiques, que le premier des physiologistes allemands, Müller, se contente de poser ce principe, mais renonce à en démontrer la vérité et à en déterminer la nature, parce que cette double démonstration le forcerait à sortir du domaine de la physiologie.

Maintenant, est-ce une chose indifférente d'aborder l'étude de la pathologie, et surtout d'entrer dans les applications de la thérapeutique, avec les convictions du vitalisme ou de l'organicisme pur?

(¹) Herder : *Ideen zur philosophie der Geschichte der Menscheit.*

Telle est la question que nous nous proposons, non de résoudre, mais d'éclairer par quelques remarques succinctes.

Si la vie n'est qu'un simple résultat, si elle naît spontanément d'un certain arrangement de la matière, la médecine proprement dite n'est qu'une autre chirurgie, une chirurgie interne, s'aidant, dans quelques cas, des notions des réactions soumises aux lois de la chimie. De cette façon exclusive de considérer les choses de la pathologie dérivent tous les excès de la chimiatrie ancienne et moderne, toutes les exagérations de l'organicisme. Sans remonter dans le passé, où nous verrions se produire ces exagérations sous une forme qu'explique la ferveur des convictions nouvelles, voyez ce qui se passe encore aujourd'hui, sous nos yeux, quand un médecin ne voit dans l'organisme rien de plus qu'un mécanisme, ou un creuset animé. Quand l'organiciste a constaté, le scalpel à la main, que, dans une maladie donnée, un ou plusieurs organes sont enflammés, par exemple, c'est-à-dire sortis de l'état normal par le fait d'une circulation exagérée, toutes les ressources d'une médication antiphlogistique à outrance sont prodiguées. Tant que l'étude des symptômes par lesquels la maladie se révèle à l'observation montre que le traumatisme, en lequel consiste essentiellement le mal, persiste, la doctrine commande de persister dans l'emploi des moyens que celle-ci indique, comme la plus propre à lutter contre ce traumatisme. Ainsi en est-il, dans une certaine école, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, etc.; ainsi en devrait-il être, si l'on était conséquent, et aussi bien ainsi en a-t-il été pendant trop longtemps, tant que Broussais a eu crédit dans le monde médical, dans toutes les maladies de nature phlogistique. Qu'en est-il cependant de cette prétention systématique? Voyons-le en quelques mots. Sans doute, nous avons vu, comme tout le monde, des malades atteints de pneumonie, atteints de fièvre typhoïde, survivre à une médication aussi violemment perturbatrice que celle dont nous parlons en ce moment; mais suivez ces malades dans leur convalescence, alors même qu'aucune maladie intercurrente ne vient l'entraver, et voyez avec quelle lenteur ils se relèvent, nous oserons le dire, du coup qui leur a été porté. On a fait, à propos de la fièvre typhoïde, une remarque fort juste, c'est que, dans un bon nombre de cas, l'organisme qui a été soumis à cette sorte de docimasie pathologique, et qui est sorti victorieux de l'épreuve, semble ensuite animé d'une vie plus énergique; l'assimilation surtout devient plus forte, plus puissante, comme si le malade avait été livré à une sorte d'entraînement. Or, suivez dans les phases diverses de leur convalescence laborieuse les

malheureux qui ont échappé au knout des saignées coup sur coup, et jamais vous n'observerez chez eux cette sorte d'intempérance de l'assimilation. La raison en est bien simple, c'est que, chez ces malades, on n'a pas seulement épuisé les matériaux auxquels puise l'assimilation, on n'a pas seulement fait le vide, si nous pouvons ainsi dire, dans tous les organes chargés d'une fonction quelconque; on a fait plus, on a porté une atteinte profonde à la constitution tout entière, on a pour ainsi dire déterminé la syncope de toute l'organisation. Arrivé à ce degré même, et à une époque où l'organisme est en pleine dépossession de la vie, le mal est encore réparable sans doute, mais soyez bien sûrs que cette réparation ne s'accomplira que lentement, et à condition qu'aucune maladie adventice ne vienne entraver une convalescence, qui, à elle seule, est presque encore une maladie.

Dans le cas dont nous venons de parler, nous avons supposé que la méthode qui ne voit dans la maladie qu'un trouble de circulation, et qui ne lui oppose, par conséquent, qu'une sorte de cathétérisme; nous avons supposé, disons-nous, que cette méthode, malgré ses excès, n'avait point empêché l'organisme vivant de triompher de l'atteinte qu'il avait reçue : mais il est loin d'en être toujours ainsi. Au lieu d'avoir affaire à une de ces constitutions robustes qui trouvent en elles des ressources inespérées, supposez une constitution médiocre, supposez une constitution soumise à quelque servitude physiologique, qui témoigne toujours d'une imperfection dans le jeu normal de la vie : les choses, assurément, ne se passeront pas d'une manière aussi heureuse. De telles constitutions sont rapidement énervées, et par les pertes sanguines qu'on leur fait subir, et par le manque de matériaux assimilables auquel on les soumet pendant un long temps. Naguère, dans ce journal même, un observateur aussi sagace qu'habile, M. Marotte, signalait les effets redoutables de l'inanitiation dans les maladies, et spécialement dans la fièvre typhoïde : c'est surtout en face des constitutions faibles que les effets de cette privation prolongée d'aliments réparateurs sont à redouter. Quand, en pareil cas, le pouls faiblit, et en même temps s'accélère, et quand l'émaciation commence à se produire d'une façon tranchée, soyez sûrs que les forces de l'organisme défaillent, et que, si vous ne le soutenez pas, soit que vous croyiez qu'une légère alimentation est impossible, soit qu'en effet la force d'assimilation soit anéantie, il succombera.

Ce que nous venons de dire de la fièvre typhoïde, nous le dirions de toute autre maladie; nous l'appliquerons en quelques mots à la pneumonie, puisqu'aussi bien ce sont ces deux affections que nous

avons prises pour exemples. La pneumonie simple est une maladie essentiellement phlogistique, et nous ne doutons pas qu'en la traitant par la méthode jugulante, on ne parvienne souvent à en triompher, et peut-être, dans quelques cas, d'une manière plus rapide que si l'on s'était montré plus sobre dans l'usage des émissions sanguines : mais nous nous hâtons d'ajouter que, dans ces cas mêmes, on eût pu guérir certainement, et plus sûrement, et à moins de frais : la prestidigitation n'est nulle part plus mauvaise qu'en médecine : ici, on a fait toujours assez vite quand on a fait sûrement ; quand, en guérissant la maladie, on a mis l'organisme dans des conditions qui lui permettent de revenir rapidement à l'état normal. Ce n'est point une chose simple que de faire vivre celui-ci, pendant un temps plus ou moins long, d'une vie précaire et laborieuse : cette habitude vicieuse de vie peut conduire l'économie par des voies qui nous sont inconnues, au développement de la cause latente des affections organiques des plus graves. Poursuivre, d'ailleurs, la pneumonie par la méthode antiphlogistique à outrance, jusqu'à ce que le traumatisme qui la constitue anatomiquement ait disparu, c'est, dans bien des cas, s'exposer à exténuer l'organisme, et empêcher la résolution même de l'inflammation, qui entrave le jeu normal de la vie. La simple expectation, qui fait crédit aux forces immanentes dans l'organisme vivant, soutient même ces forces quand elles viennent à défaillir, est bien souvent une méthode plus sûre pour atteindre ici le but suprême de l'art.

Nous ne pousserons pas plus loin ces courtes réflexions : nous le répéterons en finissant, nous n'avons nullement voulu entrer dans la discussion, aujourd'hui engagée de toutes parts, entre le vitalisme et l'organicisme ; nous avons voulu seulement prendre couleur dans cette lutte, et rappeler sous quel drapeau nous avons combattu. Rien qu'à considérer ces deux doctrines dans leur différence avec la pratique, dans l'état actuel des choses, nous nous rangerions à la première de ces doctrines, parce qu'elle est la prudence de l'art, ou, si l'on veut, pour reproduire l'expression heureuse d'un de nos collaborateurs, parce que le vitalisme est un frein [1]. Un spirituel critique, essayant de caractériser la part de M. Bousquet dans cette discussion, se complaît à voir dans cet orateur placide un agitateur, une sorte d'O'Connel médical. Nous sommes sûr que cet académicien, aussi modeste qu'instruit, n'a nullement cette prétention : le véritable agitateur dans cette question, qui reparaît aujourd'hui, et qui

(1) Etudes pratiques rétrospectives et comparées sur le traitement des épidémies au dix-huitième siècle, par le docteur Max Simon.

reparaîtra tant qu'elle n'aura pas été résolue, c'est l'esprit humain, tourmenté du besoin de connaître, et qui sait d'une science certaine, bien que non encore démontrée, que la vie, pas plus que la pensée, ne peut sortir de la matière, *mens agitat molem.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'État de la thérapeutique concernant les vices de conformation congénitaux ; imperforations de l'anus et du rectum.

Les maladies de l'enfance ne constituent pas un sujet de haute importance pour le praticien par leur fréquence seulement, mais encore et surtout par les indications particulières que leur thérapeutique impose. Ce fait est tellement évident, que de nombreux traités spéciaux signalent les modifications que le jeune âge imprime aux maladies; seulement, faute d'une étude complète de leur sujet, la plupart des auteurs ont dû passer sous silence les lésions qui ressortissent de la pathologie externe, ou lorsque, contraints par le trop grand vide qu'ils laissaient dans leur cadre, ils ont abordé les moyens chirurgicaux capables d'en triompher, leur défaut d'expérience se trahit par le choix des procédés opératoires qu'ils recommandent. Notre prétention n'est pas de combler entièrement cette lacune; nous nous proposons cependant, dans une série d'articles, de tracer rapidement l'état de la thérapeutique concernant les principales affections chirurgicales propres à l'enfance.

Les difformités congénitales forment un des groupes des plus naturels et des plus importants. Dans leur exposition nous devons commencer par celles qui posent des limites à la liberté des fonctions du nouveau-né, et qui compromettent ainsi son existence. En tête se placent les malformations de l'anus et du rectum.

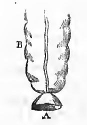
Si l'étude anatomique de ces anomalies date seulement de notre siècle, il n'en est pas de même des secours chirurgicaux qu'elles appellent. Il est difficile de les décrire en moins de mots que ne l'a fait Paul d'Egine : « Chez les enfants nouveau-nés, on trouve quelquefois l'anus imperforé naturellement, obstrué qu'il est par une membrane. Si donc cela est possible, il faut briser ce diaphragme avec le doigt, sinon, on l'enlèvera avec le tranchant d'un bistouri. Le pansement se fera avec du vin. » — Un peu plus loin, il ajoute : « Lorsque l'adhérence est rompue, on la traite en introduisant dans l'ouverture anale un tuyau de plomb ou un cône en bois, que l'on laisse jusqu'à parfaite guérison. Ces instruments sont enduits avec quel-

ques-uns des remèdes cicatrisants. » Ce passage prouve que la chirurgie antique n'était pas aussi pauvre en ressources que quelques classiques l'ont prétendu; il est vrai que cet enseignement, légué par la tradition, a été complétement passé sous silence par les auteurs du moyen âge.

La littérature moderne est beaucoup plus riche à cet égard. Des mémoires nombreux sur les diverses espèces de vices de conformation de l'anus et du rectum ont été publiés par les chirurgiens des deux derniers siècles. Toutefois, aucun travail d'ensemble n'avait encore été entrepris, lorsqu'en 1851, lors d'un concours pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, cette question : *Des vices de conformation de l'anus et du rectum*, fut donnée pour sujet de thèse et échut à M. Bouisson. Rassemblant les faits épars dans la science, le savant professeur de Montpellier a tracé une excellente monographie, qui est venue combler la lacune qui existait à cet égard. Il est cependant quelques points d'anatomie anormale et pathologique sur lesquels, faute de temps et de matériaux suffisants, M. Bouisson n'a pu insister assez longuement.

Grâce aux travaux des anatomistes modernes, les lésions congénitales sont devenues l'objet d'une science spéciale. Elles présentent, en effet, un groupe de lésions tout à fait distinctes des vices de conformation postérieurs à la naissance, et dont la production ressortit de lois spéciales : celles de l'évolution de l'être humain[1]; aussi leur étude, faite principalement au point de vue de ces lois, a-t-elle laissé dans l'oubli une foule de détails d'anatomie anormale, qui guideraient utilement la science dans l'appréciation des divers précédés opératoires à mettre en œuvre pour remédier à ces anomalies.

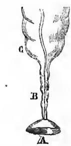
Quelques points très-importants ont été cependant signalés. Ainsi un grand fait, dû aux belles recherches organogénésiques de M. Coste, a été mis en relief par M. Bouisson; c'est le développement distinct et séparé de l'anus et du rectum. Le savant physiologiste a fait voir que la formation du rectum est englobée dans celle des organes génito-urinaires; ces parties, au début de l'évolution du nouvel être, constituent un cloaque dans lequel, un peu plus tard, des cloisonnements viennent isoler les conduits spéciaux à chacun de ces appareils. Le développement de l'anus se fait en même temps que l'organisation du feuillet cutané du blastoderme. Les ampoules rectale et anale constituent donc,



comme le fait remarquer M. Bouisson, deux sacs creusés en sens inverse, qui viennent s'adosser par leur fond (*fig.* 1). Lorsque l'absorption interstitielle n'a pu détruire cet adossement, la continuité du rectum et de l'anus n'a pas lieu et constitue un premier vice de conformation. Cette anomalie, imperforation par opercule, est la moins grave.

L'existence d'un cloaque dans les premiers temps de la vie embryonnaire explique la fréquence des communications anormales du rectum avec la vessie et l'urètre chez les garçons, avec le vagin et la vulve chez les filles, qui forment la seconde espèce.

Enfin une troisième espèce de vice de conformation comprend les cas dans lesquels le rectum se termine par un cordon fibreux (*fig.* 2). Cette sorte de transformation de la partie inférieure du tube intestinal serait le résultat d'une phlegmasie développée pendant la vie intra-utérine, qui provoquerait d'abord l'adhérence des parois intestinales, puis leur rétraction et leur transformation en un cordon fibreux B. Indiquée en passant par Lassus, cette étiologie est celle que M. Cruveilhier adopte dans son Traité d'anatomie pathologique pour tous les vices de conformation de la partie inférieure du tube digestif. M. Bouisson semble ne partager cette vue qu'en tant qu'elle s'adresse à cette troisième espèce, et c'est sans doute cette opinion qui a conduit le savant chirurgien à commencer son exposé des vices de conformation de l'anus et du rectum par les rétrécissements congénitaux de ces parties.



Quoi qu'il en soit des vues théoriques relativement à l'étiologie, ces anomalies existent comme fait et réclament des opérations diverses. L'intervention de la chirurgie laisse supposer des notions bien précises sur les changements anatomiques que chacune des altérations de forme entraîne. Cependant il n'en est pas ainsi. Les modifications que subit la portion du péritoine en rapport avec le rectum anormalement ouvert n'ont été étudiées encore par aucun auteur, malgré le zèle généralement répandu pour les recherches d'anatomie anormale et pathologique. Ces rapports nouveaux de la membrane péritonéale présentent pourtant une grande valeur au point de vue du manuel opératoire.

L'anatomie normale nous fait voir que chez l'enfant, le péritoine descend plus bas que chez l'adulte, puisque souvent il recouvre, à la naissance, une partie des vésicules séminales chez les gar-

çons, et une plus grande étendue du rectum chez les filles. Lorsque la partie inférieure du rectum manque, les rapports de la membrane péritonéale n'existent plus. L'examen de cinq ou six pièces nous a montré que la séreuse entourait seulement le rectum à sa partie supérieure, et qu'avant d'arriver au niveau de l'ampoule rectale, elle abandonnait les parties latérales pour recouvrir seulement la partie antérieure de l'intestin, puis se réfléchissait immédiatement sur la vessie ou l'utérus et les parois du bassin, au lieu de s'enfoncer pour former les replis latéraux. Ce point mérite de fixer l'attention des chirurgiens attachés au service des hôpitaux de l'enfance. Malgré les quelques autopsies auxquelles nous avons assisté, nous nous montrerons très-réservé, car dans tous ces cas, des tentatives de restauration de l'anus dans la région périnéale avaient été faites et ne permettaient pas une dissection assez nette pour trancher la question.

Toutefois, nous n'hésitons pas à dire que le champ de recherches, pour l'ouverture du rectum à travers la région périnéale, est plus étendu qu'on le pense en général.

Un point à noter est la direction de la partie terminale du rectum, qui, ainsi que Béclard l'a mentionné dans sa thèse inaugurale, se dévie un peu à droite; faute d'avoir tenu compte de cette donnée, nous avons vu récemment trois chirurgiens échouer successivement chez un enfant nouveau-né affecté d'une imperforation du rectum. L'autopsie a montré qu'ils avaient dirigé les ponctions de leur trocart en arrière de l'ampoule, et à gauche. Cette déviation ne nous paraît pas cependant ni aussi générale, ni aussi prononcée que Béclard l'a dit, du moins quant à ce qui concerne l'état pathologique: ainsi, dans les six cas d'imperforation du rectum que nous avons pu étudier, l'exemple que nous venons de citer était le seul qui présentât cette disposition; dans les cinq autres, l'ampoule rectale était placée sur la ligne moyenne. C'est donc dans cette direction que les premières incisions doivent être pratiquées, sauf ensuite, dans le cas d'insuccès, à diriger les recherches ultérieures plutôt à droite qu'à gauche. M. Huguier nous a dit avoir confirmé par des recherches nombreuses le fait anatomique signalé par Béclard. Nous publions un peu plus loin un dessin emprunté à l'Atlas d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, qui en fournit un nouvel exemple; notre réserve porte donc seulement sur la fréquence du fait.

L'extrémité la plus inférieure du rectum, son ouverture à la peau, l'anus, enfin, présente aussi des modifications dont l'étude importe au chirurgien. Dans l'état normal, l'anus se trouve au

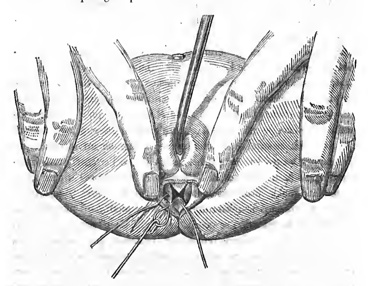
milieu d'un enfoncement de la région périnéale. Cet enfoncement est moins marqué chez l'enfant que chez l'homme. La peau de la région s'amincit pour se continuer sur les bords de l'anus avec la muqueuse rectale, en formant des plis rayonnés à la faveur desquels cet orifice peut subir une dilatation considérable. Ces dispositions sont changées dans les cas d'imperforation. Tantôt l'anus existe et constitue une ampoule permettant l'introduction de toute la première phalange du petit doigt, tantôt l'orifice anale est un simple pertuis auquel aboutit le raphé, d'autres fois, enfin, la région périnéale n'offre aucun vertige d'ouverture et présente une surface plane. Le fait du développement distinct de l'anus et du rectum prouve qu'on ne peut pas préjuger de l'existence de l'un à celle de l'autre, et le chirurgien doit débuter dans ses essais par rétablir l'ouverture anale, lorsque celle-ci manque. La présence d'un sphincter, alors même que l'ampoule anale n'existe pas, montre encore combien le plan périnéal est bien disposé pour la fonction de la défécation, et que le chirurgien doit rarement abandonner cette région, pour transporter l'opération aux parois abdominales.

Après le coup d'œil général que nous venons de jeter sur les déviations organiques de l'extrémité inférieure du tube digestif, qui sont accessibles aux moyens chirurgicaux, il nous reste à signaler les procédés opératoires propres à chacune des espèces particulières.

Imperforations simples. — Sans être très-fréquente, cette anomalie s'observe assez souvent encore pour qu'aucun des auteurs qui ont traité ce sujet n'ait oublié de recommander aux accoucheurs d'examiner toutes les ouvertures naturelles de l'enfant, immédiatement après sa naissance. Peu s'acquittent de ce soin, et c'est alors seulement que le nouveau-né est resté les premières vingt-quatre heures sans rendre de méconium, et plus fréquemment alors que les accidents de la rétention se manifestent, que les praticiens procèdent à cette inspection. Faisons remarquer, toutefois, que l'occlusion n'a pas toujours lieu par un opercule cutané; lorsque le diaphragme existe au-dessus de l'orifice anal, l'introduction du doigt seule permettrait la constatation du cloisonnement du rectum. Cette recommandation des auteurs repose d'ailleurs sur une erreur, quant à l'époque de l'intervention de l'art dans ces cas. Les dangers que court l'enfant, par la rétention des matières épithéliales, n'est pas aussi grand qu'ils le représentent; un plus réel existe dans les tentatives hâtives qu'ils recommandent. Sans doute cette remarque ne s'applique pas aux cas dans lesquels l'orifice anal est fermé par un mince opercule membraneux, mais à ceux qui présentent l'obturation au-dessus

du sphincter, alors surtout que la cloison est très-épaisse. L'ampoule rectale, n'étant pas développée par le méconium, peut échapper à l'action des instruments. Ne pourrait-on hâter, dans ces cas, la descente des matières par de douces pressions sur la masse abdominale? Cette pratique nous est suggérée par ce dont nous avons été témoin dans les faits d'imperforations accompagnées de trajet fistuleux s'ouvrant ou à la peau, ou dans le vagin; la moindre compression des parois du ventre fait couler à l'extérieur le liquide excrémentitiel. Cette manœuvre, accomplie avec douceur, est complétement inoffensive; en dilatant l'ampoule rectale, elle hâterait le moment de l'intervention chirurgicale et en assurerait le résultat.

Que l'opercule soit cutané, ou muqueux, ou même constitué par les deux éléments, s'il occupe l'ouverture anale, le manuel opératoire est des plus simple. Il consiste, les bords de l'orifice écartés, à diviser le diaphragme par une incision cruciale et à exciser les an-



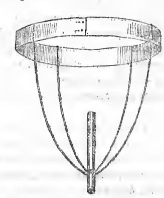
glés avec des ciseaux courbes. Lorsque la membrane obturatrice est située plus profondément, pour faciliter l'excision des angles, on peut traverser l'ampoule rectale avec une aiguille armée d'un fil. M. Velpeau recommande d'entourer une partie de la lame du bistouri d'une bandelette de linge, afin de protéger les parois du rectum. Une légère pression des parois abdominales fait saillir la cloison rectale et facilite les premiers temps de l'opération.

Lorsque l'extrémité du doigt indicateur introduit dans le cul-de-sac anal ne perçoit, sous l'influence de la pression du ventre ou des efforts de l'enfant, ni une certaine mollesse, ni une fluctuation obscure, on doit supposer, ou que le rectum manque, ou qu'il est séparé par un opercule épais. Dans ces cas, J.-L. Petit a proposé la ponction avec le trocart, de préférence à l'incision avec le bistouri. M. Guersant, auquel une longue pratique spéciale a permis de vérifier la valeur des divers procédés opératoires, a été conduit par son expérience à adopter cette manière de faire.

Le trocart destiné à ces opérations, devant être d'un diamètre plus petit que celui des trocarts à hydrocèle, constitue un instrument spécial; M. Guersant a eu l'idée de faire creuser la tige A, ainsi que la canule B, d'une rainure, ainsi que le montrent les figures ci-jointes.



Lorsque l'instrument a pénétré dans l'ampoule rectale, la tige est retirée et la canule est maintenue en place pour remplir l'office d'une sonde cannelée pour le débridement des parties. Afin de faciliter le mouvement de cette portion de l'instrument, M. Guersant a fait pratiquer à son extrémité libre un pas de vis, qui permet d'y fixer une longue tige C. Cette tige, dans la gravure, est couverte d'un bout de sonde; c'est qu'en effet, lorsque la continuité de l'intestin a été rétablie, la canule et cette tige, ainsi réunies, forment un long mandrin, sur lequel on fait glisser une sonde destinée à s'opposer à l'adhérence des parois du trajet nouvellement créé. Cette sonde est fixée à l'aide de fils à une bande placée autour du corps de l'enfant. Un peu plus tard, M. Guersant lui substitue une canule en ivoire flexible, dont le diamètre varie, selon la disposition des parties à se coarcter.



Les chirurgiens qui ont eu à traiter quelques-uns de ces cas savent seuls les difficultés que présente le maintien de l'anus artificiel

dans des dimensions convenables ; grâce à des soins assidus et attentifs, on finit toujours cependant par atteindre le but. Une bonne pratique est l'introduction du petit doigt, répétée plusieurs fois par jour, surtout lorsqu'on abandonne l'usage des corps dilatants ; la mère ou la nourrice s'en acquittent tout aussi bien que le chirurgien ; il doit cependant en surveiller le résultat, et revenir à l'emploi des canules, pour peu que la défécation exige des efforts de la part de l'enfant.

Les accidents qui se rattachent à l'opération elle-même sont peu nombreux. M. Bouisson signale l'hémorrhagie, le trombus des parois rectales et l'abcès méconial.

L'hémorrhagie n'est mentionnée que dans un petit nombre de cas ; elle ne s'observe guère, dit M. Bouisson, que lorsque la membrane, divisée jusqu'à sa circonférence, reçoit sur ce point quelque ramuscule artériel plus volumineux que de coutume. M. Roux, de Brignolles, dans l'observation qu'il a publiée dans les Mémoires de l'Académie de médecine, rappelle la théorie de M. Serres, pour expliquer la rareté de cet accident. Dans cette théorie, l'atrophie des organes suppose la diminution de calibre de leurs artères nourricières, et leur absence la suppression de ces vaisseaux, tandis que lorsque ceux-ci sont plus développés, les organes auxquels ils se rendent sont dans un état relatif d'hypertrophie. Quoi qu'il en soit, la perte de sang à la suite des opérations de l'imperforation de l'anus et du rectum n'est jamais un accident grave ; la compression exercée par les mèches que l'on introduit entre les lèvres de la plaie suffit pour y mettre fin.

Pendant la durée du concours auquel il prenait une part si brillante, M. Bouisson a eu l'occasion de constater le trombus des parois rectales sur un enfant nouveau-né opéré par M. Velpeau. La petite fille succomba le lendemain soir. A l'autopsie, on observa une infiltration sanguine très-prononcée dans les parois du rectum, au niveau de l'angle postérieur de l'incision.

La tendance aux abcès méconiaux doit être bien peu marquée, puisque, malgré l'habitude qu'a la masse des praticiens de faire des incisions ou des ponctions trop petites, et de s'abstenir ensuite de recourir à la dilatation, M. Bouisson n'a pu citer qu'un fait d'inflammation du tissu cellulaire et d'abcès consécutif. La gravité des accidents de ce genre nous engage à mentionner ce fait. « Atrésie du rectum au-dessus de l'anus chez un nouveau-né du sexe féminin : une ponction faite au cul-de-sac n'avait donné issue qu'à une très-petite quantité de matière épaisse ; mais, cinq jours après, une escarre sortit par l'anus, et permit l'évacuation du méconium. Plus tard, le rec-

tum fut perforé en plusieurs points, et il se forma d'autres abcès, qui vinrent s'ouvrir, soit aux environs de l'anus, soit dans le vagin. »

Parmi les cinq ou six cas d'imperforation qui, chaque année, sont amenés à l'hôpital des Enfants, un tiers environ permet d'observer les suites de ces opérations incomplètes. Au mois d'avril dernier, un petit garçon de l'âge de deux mois, apporté à la consultation de M. Guersant, nous en a fourni un nouvel exemple : une ponction avait été pratiquée à la cloison rectale avec la lancette, sans être suivie de l'introduction d'une mèche ; l'orifice s'était resserré, au point de ne plus permettre l'issue des selles, quoiqu'elles fussent demeurées liquides, et les accidents de la rétention s'étaient manifestés ; non-seulement le ventre était météorisé, mais des vomissements avaient lieu ; aucun symptôme d'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin n'avait lieu. M. Guersant a pratiqué un débridement multiple, et conseillé l'emploi des canules pendant un mois ; depuis, l'enfant n'a éprouvé aucun accident.

Les praticiens qui n'ont pas encore eu l'occasion d'observer ces cas pensent avoir rempli toutes les indications lorsqu'ils ont rétabli la continuité du rectum et de l'anus. Cependant les suites de l'opération prouvent souvent que les plus grandes difficultés ne sont pas vaincues. Il faut une grande attention et des pansements bien faits si l'on veut mettre l'enfant à l'abri de la formation d'un rétrécissement au niveau des parties incisées.

La plupart des auteurs paraissent attacher, nous l'avons dit, une trop grande importance aux opérations pratiquées de bonne heure. Si les enfants succombent le plus souvent, alors qu'on a rétabli la continuité du tube digestif, cela a lieu seulement dans les hôpitaux, où les enfants ne peuvent être nourris qu'au biberon. La preuve en est, à nos yeux, qu'à l'autopsie on ne trouve pas toujours dans les lésions de quoi expliquer la mort. Ainsi, dans le fait cité plus haut par M. Bouisson, il ne peut venir à l'esprit de personne d'accuser le trombus des parois rectales d'avoir déterminé la mort de la petite fille opérée par M. Velpeau. M. Colson a cité encore à la Société de chirurgie le cas d'un enfant qu'il avait opéré avec succès, quinze jours après la naissance. Que l'on n'exagère pas toutefois notre pensée à cet égard ; si nous insistons sur le fait de la possibilité de la temporisation pendant les trois ou quatre premiers jours, c'est pour donner au méconium le temps de descendre dans la partie inférieure du rectum, de dilater l'ampoule et de donner ainsi plus de chances de réussite aux praticiens peu habitués aux opérations chirurgicales. L'introduction du petit doigt dans la plaie, immédiate-

ment après la section de la cloison rectale, indique l'état d'induration des parties divisées, et permet de juger des efforts que les médecins ont à faire pour prévenir la formation d'un rétrécissement consécutif. C'est principalement sur les suites des opérations que nous appelons leur attention. (*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'incompatibilité du calomel et des émulsions d'amandes.

Par M. le docteur Delioux, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole de médecine navale à Brest.

On a signalé récemment, dans ce journal, la décomposition du calomel au contact du looch blanc comme un fait fortuit; cette réaction n'a cependant rien d'obscur ni d'imprévu : elle a été étudiée et expliquée à fond, si l'on peut ainsi dire, et les traités de chimie, de pharmacie, de matière médicale, portent ou impliquent unanimement la défense formelle de jamais associer, dans une prescription, le protochlorure de mercure avec les émulsions d'amandes. Puisque malheureusement les connaissances pharmacologiques sont assez peu répandues pour qu'une pareille erreur puisse être commise dans la rédaction d'une formule, il ne sera pas sans intérêt de reprendre cette question, quoiqu'elle ait perdu le caractère de la nouveauté, et d'en poser tous les termes dans leur rigueur scientifique et dans leur application pratique la plus immédiate.

D'abord, le calomel se présente à nous sous forme d'une poudre blanche, fine, lourde, insoluble, inodore, et constitue un médicament très-actif dans les proportions minimes de quelques centigrammes; il est bien rare que les maladies de nos climats nécessitent, dans une journée, une dose supérieure à un gramme. C'est un médicament qui, conséquemment à sa posologie et aux caractères négatifs de ses propriétés organoleptiques, est des plus faciles à administrer, et que l'on fait accepter, de bonne volonté ou par subterfuge, aux individus de tous les âges. Il est donc parfaitement inutile de s'ingénier à lui trouver des correctifs, et le mode d'administration le plus simple sera toujours le meilleur. On peut en faire des tablettes ou des pilules, mais ce qui est encore préférable, c'est de le délayer dans une cuillerée d'eau ou de tisane, et de le faire avaler aussitôt au malade en lui recommandant de lécher la cuiller. En l'incorporant avec du sucre en poudre, on le fait encore prendre très-aisément aux enfants; en aucun cas il ne faut le mélanger avec des confitures, les acides des sucs

végétaux pouvant se combiner avec une partie du mercure et laisser l'autre partie en présence d'un excès de chlore, d'où résulterait la formation de bichlorure. Rappelons encore que l'adjonction des chlorures alcalins favoriserait également cette transformation; mais enfin, ces deux ordres de faits étant connus, et leur production évitée, il sera toujours possible de trouver un moyen quelconque de faire prendre, et de masquer, s'il le faut, le calomel, aux sujets les plus susceptibles et les plus récalcitrants.

De tous les modes d'administration, le plus défectueux, et pour le moment nous ne le taxons ainsi que sous le rapport physique, c'est celui qui consiste à le suspendre dans une potion. En principe, il n'est jamais régulier, correct ou rationnel de jeter dans un véhicule liquide une poudre insoluble; cela se fait cependant pour certains médicaments, pour le kermès, par exemple, pour l'oxyde d'antimoine, pour le sous-azotate de bismuth. Quand la substance est prescrite à doses assez élevées, telles que peuvent l'être les deux dernières, ou lorsque, très-légère, elle reste également suspendue dans le liquide, comme le kermès, l'intermède de la potion est admissible, parce qu'il est possible à chaque reprise, à chaque cuillerée, par exemple, de consommer une quantité à peu près égale du médicament. Mais le calomel est très-pesant, et par suite les petites doses qu'on en prescrit habituellement représentent un volume très-exigu; il en résulte qu'il se mêle très-imparfaitement et très-inégalement aux vésicules suspensifs; si l'on fait prendre la potion en plusieurs fois, on ne pourra calculer, même approximativement, ce que chaque fraction contient de l'élément actif, ce qui est très-important pour le calomel, dont le fractionnement précis est nécessité par certaines indications thérapeutiques; si l'on fait prendre la potion en un seul coup, il arrivera immanquablement, malgré l'agitation préalable, qu'une partie du médicament se déposera attardée aux parois déclives du vase, partie qu'il faudra reprendre, si l'on ne l'oublie, en la délayant dans une nouvelle quantité de liquide.

Il n'existe donc pas une seule raison valable en faveur de l'immixtion du calomel à une potion. Mais enfin, si, malgré des inconvénients irrécusables, on ne veut pas, ou si à la rigueur on ne peut recourir à un autre mode d'administration, il faut savoir que l'émulsion d'amandes, base du looch blanc ou looch ordinaire, présente, à l'égard du proto-chlorure de mercure, des incompatibilités chimiques de la nature la plus grave; c'est ce qu'il nous reste à démontrer.

Dans la confection du looch blanc, selon le Codex, il entre 18 grammes d'amandes douces et 2 grammes d'amandes amères. Ces semences

contiennent des principes immédiats essentiels à connaître pour l'intelligence de la question.

Dans les amandes douces, à côté de 50 pour 100 environ d'huile fixe, nous trouvons une sorte d'albumine modifiée, nommée *émulsine* ou *synaptase*; c'est elle qui tient l'huile en suspension, qui l'*émulsionne*. Dans les amandes amères, à côté d'une proportion moindre d'huile fixe et d'une proportion plus considérable de synaptase, on trouve en sus, à 2 1/2 pour 100, un principe particulier, nommé *amygdaline*.

La synaptase a dans ses propriétés la plus grande analogie avec l'albumine; comme celle-ci, elle est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, coagulable par la chaleur.

L'amygdaline est une matière blanche, cristalline, dont la saveur, un peu sucrée au premier goût, rappelle bientôt celle des amandes amères; elle est très-soluble dans l'alcool bouillant, peu dans l'alcool froid, insoluble dans l'éther.

Ces deux principes sont composés de carbone, d'oxygène, d'hydrogène et d'azote; la synaptase, comme principe quaternaire et ne contenant point de soufre, se distingue par cette particularité de constitution de l'albumine. Isolément, ces principes immédiats n'ont pas d'action notable sur l'économie animale; mais lorsque, dans certaines circonstances, ils viennent à réagir l'un sur l'autre, leurs éléments s'échangent et s'allient en groupes moléculaires nouveaux, parmi lesquelles naissent deux produits d'une grande énergie toxique, savoir : l'acide cyanhydrique et l'huile essentielle d'amandes amères ou hydrure de benzoïle. Or, l'émulsion qui constitue la base du looch du Codex réalise les conditions favorables à ces phénomènes; la synaptase, avec l'intermédiaire de l'eau, réagit à la manière d'un ferment sur l'amygdaline; alors, comme résultats du dédoublement des molécules primitives, l'huile et l'acide apparaissent, indiqués aux sens par leur saveur et leur odeur spéciales.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous un instant sur quelques déductions de ces faits. On voit que le looch d'amandes n'est pas une préparation aussi insignifiante qu'on le croit souvent. Ses principes émollients, adoucissants, les seuls que beaucoup d'individus invoquent, ne sont rien auprès de ceux développés par une transformation chimique inévitable; l'acide cyanhydrique et l'huile d'amande amère lui communiquent des propriétés sédatives, antispasmodiques, stupéfiantes, et plus manifestes et plus précieuses. Mais ici, il ne faut d'excès ni dans la confiance, ni dans la crainte; car, avec la petite quantité d'amandes amères que l'on fait entrer dans l'émulsion, il ne

peut se former que des proportions trop minimes d'huile essentielle et d'acide prussique pour influencer très-fortement l'organisme. De plus, par son principe gras, l'émulsion doit exercer sur les organes respiratoires une action inexpliquée, mais réelle et importante, à en juger par les résultats concluants du traitement par les huiles dans les maladies les plus rebelles et les plus graves; ce serait bien mieux encore, si l'on suivait à la lettre les prescriptions du Codex, en augmentant de 16 grammes d'huile pure la proportion de celle fournie par les amandes employées à la confection du looch blanc. Cette omission, faite d'ordinaire pour complaire au goût des malades, rend certainement le médicament moins efficace, comme l'a dit avec raison M. Soubeiran.

Maintenant, arrivons au but indiqué en tête de cet article.

Etant établie l'apparition d'un principe cyanique dans l'émulsion d'amandes, qu'arrivera-t-il si l'on vient à y suspendre du calomel?

Pour réponse, nous transcrirons textuellement M. Mialhe, qui a étudié avec une grande précision ce point intéressant de chimie appliquée à la pharmacologie :

« Il résulte incontestablement de mes recherches que, lorsqu'on fait réagir un excès d'acide prussique sur du mercure doux, et qu'on a soin d'aider la réaction par une agitation convenable, le calomel ne tarde pas à être entièrement décomposé. Il se produit d'abord de l'acide hydrochlorique, du bicyanure de mercure et du mercure métallique, ainsi que le démontre la réaction suivante :

$$Cl^2Hg^2 + Cy^2H^2 = Cl^2H^2 + Cy^2Hy + Hg;$$

c'est-à-dire qu'un équivalent de calomel, en réagissant en présence d'un équivalent d'acide prussique, donne naissance à un équivalent d'acide hydrochlorique, à un équivalent de cyanure mercurique, et qu'un équivalent de mercure métallique est mis en liberté, et cela parce qu'il n'existe pas de cyanure de mercure correspondant au protochlorure.

« A cette réaction si simple en succède une autre qui, bien que très-simple aussi, n'a pas peu contribué à cacher la véritable réaction que je viens d'énoncer. C'est qu'une fois que cette réaction primordiale est terminée, et même avant, l'acide chlorhydrique et le cyanure mercurique réagissent mutuellement, de manière à produire du bichlorure de mercure, et de nouveau de l'acide cyanhydrique; mais cette décomposition n'est jamais que partielle, l'action décomposante de l'acide hydrochlorique ne tardant pas à être contre-balancée par l'affinité bien connue du cyanogène pour le mercure.

« Le produit définitif de la réaction est donc du bichlorure de mercure, du bicyanure de mercure, de l'acide hydrochlorique et de l'acide hydrocyanique ; plus, du mercure métallique. Enfin, ce mélange renferme, en outre, des traces d'ammoniaque et d'acide formique, provenant l'un et l'autre de l'action réciproque de l'acide cyanhydrique et de l'eau. » (Art de formuler, p. 46 et seq., 1845.)

Et une action analogue se produira au contact de l'acide cyanhydrique et de tous les protosels de mercure.

Voilà donc les praticiens bien et dûment édifiés : associer le calomel à une émulsion d'amandes, c'est assurer la dénaturation complète du médicament et sa transformation en produits complétement différents de celui dont on recherche l'action thérapeutique ; c'est surtout exposer le malade à des chances presque inévitables d'intoxication. Mais ce n'est pas tout, et l'on doit ajouter qu'il y aurait une égale imprudence à prescrire simultanément un looch blanc, du sirop d'orgeat, une tisane émulsionnée, tout liquide, en un mot, contenant la substance des amandes amères, et du calomel ou tout autre protosel de mercure. La réaction, si bien annoncée et décrite par M. Mialhe, se produira dans l'estomac aussi bien que dans les vases. Par excès de prudence, si l'on peut pécher par excès en matière aussi grave, cette simultanéité ne doit pas s'entendre seulement de l'administration dans la même journée des liquides émulsifs tenus pour suspects ; que l'on songe à l'accumulation possible des médicaments insolubles, et, en tous cas, à la lenteur de leur cheminement et de leur action, et l'on comprendra qu'il est raisonnable un jour, deux jours après l'administration des protosels de mercure, de proscrire encore tout breuvage susceptible d'éveiller des réactions toxiques dans les voies digestives, réactions d'autant plus périlleuses qu'elles auront été moins prévues. Le looch dans lequel une main malhabile aura laissé tomber du calomel fonce en couleur, brunit par suite de la réduction du mercure ; même pour celui qui en ignore la cause, il y a dans ce phénomène inopiné la source d'un avertissement qui sera parfois accueilli comme un motif plausible de suspendre, jusqu'à plus ample informé, l'exécution d'une malencontreuse *ordonnance* ; lorsque les deux substances incompatibles seront séparément ingérées, nul indice ne mettra en garde l'attention des surveillants, et les symptômes de l'empoisonnement viendront seuls dénoncer les vices de la médication qui n'aura pas su les prévoir.

Les mêmes recommandations s'appliquent aux cas dans lesquels on introduit dans l'organisme les oxysels de mercure ; ils sont totalement décomposés par l'acide cyanhydrique ; ils sont transformés

en entier, d'après M. Mialhe (*loc cit.*), en bicyanure de mercure et en mercure métallique, l'oxacide mis en liberté n'ayant pas, en général, comme les hydracides, la propriété de décomposer en partie le bicyanure de mercure. Il faut s'en souvenir pendant la durée des traitements antisyphilitiques par la liqueur de Van-Swiéten, ne pas prescrire conjointement aux malades l'un des liquides émulsifs mentionnés tout à l'heure, et moins encore mélanger à un looch la solution de sublimé corrosif; ce serait infailliblement transformer celui-ci en bicyanure de mercure, sel sur les propriétés duquel on n'est point parfaitement fixé. La décomposition aurait moins d'inconvénient que pour les protosels, mais elle pourrait en avoir dans des conditions imprévues d'idiosyncrasie; elle doit être évitée, n'eût-elle pour résultat que de transfigurer le médicament primitif et de conduire ce traitement dans des voies toutes différentes de celles que l'on prétendait suivre.

En fin de compte, il existe entre les préparations mercurielles et les émulsions d'amandes une incompatibilité chimico-thérapeutique déduite de considérations si sérieuses, que l'on doit poser comme règle absolue de ne jamais mettre en présence ces deux ordres de substances médicamenteuses au sein de nos organes. C'est avec intention que nous disons, d'une manière générale, les émulsions d'*amandes :* sans doute, ce sont les amandes amères seules qui fournissent les éléments de la réaction toxique; mais, parmi les semences livrées par le commerce à la pharmacie, sous le nom d'*amandes douces*, il y en a presque toujours quelques-unes d'amères, et le triage complet peut en être considéré comme impossible; ce mélange provient beaucoup moins de la fraude que de la nature des récoltes dans les semis d'amandiers : presque constamment au milieu des pieds de la variété *dulcis*, il en existe quelques-uns de la variété *amara*, et réciproquement. En éliminant de la confection du looch la proportion réglementaire d'amandes amères, étiquetées comme telles, toute sécurité n'est donc point acquise. Dussions-nous être taxé de pousser à l'extrême le luxe des précautions, nous oserons dire que le looch huileux lui-même doit être rejeté comme véhicule du calomel, s'il a pour base l'huile d'amandes douces; car cette huile, on le sait, est fabriquée le plus souvent avec les amandes amères; lorsque la fabrication est soignée, régulière, le produit est identique, que l'on ait opéré sur l'une ou l'autre variété de semences; mais quand on dévie de certaines règles en traitant les semences amères, il paraît démontré qu'une partie de la synaptase et de l'amygdaline passent à l'expression, et il est notoire que certaines

huiles d'amandes ont une odeur d'acide prussique très-sensible. Or, s'il est possible, ne fût-ce qu'une fois sur mille, qu'il résulte des accidents de l'adjonction d'une huile d'amandes au calomel, pourquoi ne pas éviter une rencontre à la place de laquelle il est si facile de substituer un mode d'administration plus rationnel ?

Donc, éloignons l'amande du mercure : ce précepte est l'un des plus impérieux de la pharmacologie ; le médecin et le pharmacien doivent veiller de concert à son observation, et se le rappeler mutuellement si l'un des deux vient à l'oublier.

Potion de belladone comme moyen prophylactique de la variole.

La belladone a été vantée comme un bon moyen prophylactique de la scarlatine ; M. Richart a essayé si elle ne jouirait pas de la même propriété par rapport à la variole. Pendant une épidémie qui a sévi l'hiver dernier à Soissons, il a conseillé à plus de cinquante personnes de prendre matin et soir une cuillerée à café de la potion suivante :

Extrait de belladone...............	0,15 centigrammes.
Eau de fleurs d'oranger............	125 grammes.
Alcool............................	4 grammes.

Aucune de ces cinquante personnes n'a contracté la maladie, bien que plusieurs d'entre elles aient donné des soins à des varioleux.

Solution concentrée de tannin contre la vaginite.

A la suite d'une série d'essais comparatifs pour éclairer le traitement de la vaginite, MM. Becquerel et Rodier sont arrivés à recommander spécialement l'emploi d'une solution concentrée de tannin ainsi formulée :

Tannin....................	100 grammes.
Eau distillée...............	100 grammes.

Cette solution, appliquée directement sur la muqueuse vaginale enflammée, a donné, sur vingt-huit malades, vingt-huit guérisons obtenues après une moyenne de traitement de vingt-six jours, et un nombre moyen de sept à huit applications faites sans douleurs et sans exacerbations notables de la vaginite.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la fréquence actuelle de la constipation, et de la cause à laquelle on peut l'attribuer. — Son remède. — Question économique.

La constipation est-elle plus commune aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois ? Je le crois, si je me reporte à vingt-cinq ans au

moins en arrière. Je ne sais si mes confrères en jugent de même, mais jamais dans ma carrière médicale je n'ai vu autant de personnes souffrant de cette infirmité. Quand je dis infirmité, je suis bien sûr de n'être démenti par aucun de ceux qui en sont les tributaires. Aussi quelle mine inépuisable pour le charlatanisme! Quels remarquables perfectionnements dans ces instruments qui réclamaient naguère l'art des Fleurant, et qui aujourd'hui fonctionnent sans le secours de personne ! Mais, hélas ! les perfectionnements même apportés à cette branche d'industrie, les nombreuses combinaisons pharmaceutiques que le charlatanisme étale à la quatrième page des journaux, prouvent combien est grand le nombre des intéressés à la solution de ce problème, véritable pierre philosophale de l'hygiène : « Trouver une substance qui remédie à la constipation habituelle, sans occasionner de coliques et sans irriter les intestins. »

Si donc, comme il me paraît difficile d'en douter, la constipation est plus commune que jamais, à quoi faut-il s'en prendre ? Peut-être les causes en sont-elles diverses; mais il en est une sur laquelle j'appelle plus spécialement l'attention de mes confrères, parce qu'elle est, à mon sens, la plus générale, et qu'elle me semble avoir passé jusqu'à présent inaperçue ; je veux parler des perfectionnements apportés de nos jours dans le *blutage du blé*, opération qui a pour résultat d'extraire de la farine tout le son qu'elle peut contenir, quand elle se fait comme aujourd'hui à 20 ou 25 pour 100, au lieu de 10 ou 12, taux auquel on blutait il y a une vingtaine d'années. Or, pour se rendre compte des résultats de ce perfectionnement réel ou apparent, il faut, de toute nécessité, savoir quel rôle joue le son dans les propriétés hygiéniques et alimentaires du pain.

On se tromperait si l'on croyait pouvoir attribuer aux données de la chimie une certitude qui, en cette matière du moins, lui fait complétement défaut. Rien de plus dissemblable, en effet, que les analyses qu'on nous a données du son. Ainsi, tandis que M. Poggiale y constate 34,57 pour 100 de cellulose (ligneux), M. Payen n'y en reconnaît que 4, M. Millon 9,7, M. Kekulé 9,2. M. Millon croit, il est vrai, avoir trouvé la cause de ces divergences dans la différence qui se trouve entre le son obtenu par la mouture habituelle et celui qu'on obtient de la mouture des blés fraîchement lavés ; mais ce sont, comme on le voit, des questions encore à l'étude. M. Poggiale pense qu'on doit regarder le son comme une substance peu alibile, parce que, d'après ses recherches, elle contiendrait 44 pour 100 seulement de parties assimilables, et 56 pour 100 de parties

non assimilables ; et qu'enfin des chiens nourris par lui de son diminuaient régulièrement de poids, ce qui n'avait pas lieu quand il les alimentait avec du pain. Mais, selon M. Magendie, ces mêmes animaux vivent avec du pain de son, et ils meurent quand on les nourrit do pain blanc. Enfin, M. Mouriet admet dans la pellicule interne un ferment fluidificateur de l'amidon, qui a la propriété de convertir en sucre cette substance, qui, sans cela, est rejetée par les intestins comme une matière non assimilable. Ainsi, si le pain dans lequol on a laissé du son n'est pas nourrissant au même degré que le pain qui en est dépourvu, il compense cette infériorité par des qualités importantes au point de vue de la digestibilité ; il est, en outre, plus sapide. — Enfin, et c'est là où j'en voulais venir, il a pour effet, soit en vertu de ses propriétés fermentescibles, soit par un effet mécanique des ligneux qu'il contient, d'accroître le mouvement péristaltique des intestins, et par suite d'*entretenir la liberté des selles*. Je ne dis rien là qui ne soit connu de temps immémorial. Les anciens, qui fabriquaient trois espèces de pain, dont un de qualité inférieure (*panis confusaneus*), et un autre tout à fait grossier (*panis furfuraceus*), savaient très-bien à quoi s'en tenir à cet égard. Hippocrate (*De victûs Ratione*, lib. II), en fait une mention spéciale, ainsi que Galien. *Parum alit et facilè subsidet, et quia furfur non nihil habet facultatis detersoriæ, idcircò irritatis intestinis citò dejicitur*. Voilà qui est explicite. Comment donc des faits si simples, si faciles à vérifier, et qui sont parfaitement connus dans certaines parties de l'Allemagne et de l'autre côté du détroit, où l'on fabrique pour les classes aisées un pain contenant du son, et dont on mange à déjeuner dans un but facile à comprendre, comment, dis-je, de tels faits peuvent-ils passer inaperçus chez nous, ou tomber dans l'oubli à ce point qu'on ait pu annoncer, il n'y a pas longtemps, dans les journaux de médecine, comme une découverte, que le son mêlé au pain lui donne des propriétés déconstipantes ?

Fréquemment consulté par mes clients de la classo aisée surtout, car c'est là qu'une vie plus sédentaire, des occupations de cabinet (¹), une nourriture moins grossière, rendent la constipation plus fréquente, je n'ai eu garde de les frustrer des avantages de *cette découverte*, et je dois dire que l'effet a constamment répondu à mon attente.

(¹) Telle est l'influence de la position assise sur la constipation, qu'il m'a souvent suffi de conseiller aux personnes qui vont difficilement à la selle de se tenir debout dans l'immobilité, surtout en sortant de table, pour les faire arriver au résultat désiré.

J'ajouterai que le son aura toujours, sur toutes les drogues sorties de nos officines, un avantage inestimable, c'est de ne pas fatiguer les organes digestifs, et de ne provoquer la contractilité intestinale que dans la mesure voulue par la nature pour la régularité des fonctions. Enfin il n'a pas non plus, comme les substances médicinales, l'inconvénient de perdre de son efficacité par l'habitude, et d'exiger pour agir des doses sans cesse croissantes.

La séparation du son d'avec la farine, dit Liébig, *est plutôt nuisible qu'utile à la nutrition*. Dans l'antiquité jusqu'à l'époque de l'empire romain, on ne connaissait pas de farine blutée. Dans beaucoup de localités d'Allemagne, particulièrement en Westphalie, on fait mettre le son avec la farine dans la fabrication du pain appelé *pumpernickel*, et il n'y a pas de population dont les organes digestifs soient en meilleur état. Sans aller chercher des exemples de l'autre côté du Rhin, ne pourrions-nous arguer également de la vigueur de nos paysans, qui mangent, dans presque toutes les parties de la France, un pain mêlé de son? Les générations qui nous ont précédé eussent-elles eu quelque chose à envier sous ce rapport à la génération actuelle ?

Reconnaissons-le donc ; le blutage est moins une question d'hygiène qu'une affaire de luxe. Il pourrait bien n'y avoir là qu'un de ces faux progrès qu'on rencontre quelquefois dans l'histoire des sciences; qu'on admet sur la foi de raisonnements *à priori*, et sur la valeur desquels l'expérience prononce assez souvent d'une manière opposée à la théorie.

Cette question n'a pas seulement une importance médicale, au point de vue économique, elle tire un intérêt tout particulier des circonstances actuelles, puisqu'en employant à la panification de la farine non blutée, on augmente le produit d'un sixième à un cinquième au moins. Le gouvernement pourrait donc, ne serait-ce qu'en réduisant le blutage à 10 pour 100, comme cela avait lieu précédemment, opérer une économie notable dans l'alimentation de l'armée, et cela sans nuire aucunement à la santé des troupes. De quelque manière qu'on en juge, on conviendra que la question tranchée avec un peu de précipitation, peut-être, et sur la foi des apparences, vaut bien la peine qu'on y revienne.

C. Saucerotte,
Médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

Chorée intense guérie par les inhalations du chloroforme.

L'intéressant travail de M. le docteur Géry sur le traitement de la chorée par les inhalations anesthésiques comprenait deux ordres

de faits, les uns sont ces cas de névrose simple dont une foule de médications triomphent; les autres, ces faits graves dans lesquels les désordres musculaires, allant toujours croissant, peuvent se terminer par la mort.

Le *Bulletin de Thérapeutique*, en publiant seulement la seconde partie du Mémoire de notre jeune confrère, a semblé ne vouloir admettre la médication nouvelle que contre les chorées assez intenses pour menacer la vie des jeunes enfants. Mais ni le fait de M. Géry, ni celui de M. Bouvier, ne tranchaient la question : dans l'un, malgré un amendement marqué dans les symptômes, à dater du moment de l'intervention des vapeurs anesthésiques, l'issue de la maladie a été funeste; dans l'autre, les nombreux moyens mis en usage par M. Bouvier laissaient planer un doute sur la valeur de la médication.

L'occasion s'étant présentée de répéter cette tentative de traitement, j'ai eu recours aux inhalations et les ai employées seules, afin de ne laisser planer aucun doute sur leur efficacité réelle. Ce fait, je l'espère, vous paraîtra assez intéressant pour prendre place dans votre précieux recueil.

Obs. Cherchignon, d'Allonnes près Saumur, domestique, âgée de quatorze ans, n'ayant jamais été réglée, d'un tempérament nerveux, d'une bonne constitution, paraît d'un caractère très-doux; elle n'a pu me donner aucun renseignement sur ses antécédents, sur ses parents, et elle ne sait pas ce qui a pu occasionner ses convulsions; elle n'a éprouvé aucune frayeur ni colère; il y a 21 jours qu'elle est atteinte de cette maladie.

Le 3 avril 1855, cette jeune fille entre à l'hôpital de Saumur.

La maladie a commencé par le bras droit, puis la jambe du même côté, ensuite les muscles de la langue, de la face, enfin tout le corps a été envahi.

A ma première visite, le 4 avril, voici ce que j'observai :

Convulsions générales, tous les muscles de la langue sont atteints; impossibilité d'articuler un mot, elle ne peut prononcer *monsieur*, la langue ne peut être sortie de la bouche ; la face grimace de toute manière; insomnie occasionnée par les convulsions choréiques; aucun appétit; les membres sont déjetés de tous côtés et la préhension n'est pas possible.

Pour toute médication, chloroformisation de demi-heure, avec 8 à 10 grammes de chloroforme. Avant de commencer, le pouls est à 100 pulsations, l'anesthésie et le sommeil ont été produits très-promptement. Aussitôt que l'influence du chloroforme s'est fait sentir, c'est-à-dire au bout d'une minute, les mouvements désordonnés des mem-

bres et de la face ont cessé. Pendant la chloroformisation, le pouls est descendu à 80. La petite malade dort d'un sommeil paisible.

Deux heures après cette première chloroformisation, les convulsions ont reparu; elles sont plus intenses, plus saccadées qu'avant l'anesthésie.

Le lendemain, chloroformisation matin et soir; l'anesthésie et le sommeil se sont produits encore très-promptement; les convulsions ont cessé pour revenir deux heures après avec la même force qu'auparavant. Avant la chloroformisation, le pouls était à 104 et pendant à 90. Point de sommeil la nuit; agitation convulsive continue. Le lendemain, je prescrivis trois chloroformisations tous les jours. Ce n'est qu'à partir de la onzième chloroformisation qu'un grand calme est survenu; tous les mouvements désordonnés cessèrent presque complétement; elle a commencé à mieux parler et à se faire comprendre. Deux chloroformisations par jour jusqu'au 14 avril; bien-être complet; aucun mouvement convulsif; sommeil parfait; appétit. Alors, chloroformisation une fois le jour, les 15, 16, 17 avril, que je l'ai fait cesser. En tout, 27 chloroformisations et 14 jours de traitement.

J'ai gardé cette jeune fille jusqu'au 5 mai, jour où elle est sortie de l'hôpital parfaitement guérie; je l'ai employée dans les salles à faire les lits, à balayer, etc.

Cette observation isolée ne suffit pas pour recommander d'une manière absolue cette médication, mais au moins elle démontre que cette intéressante jeune fille a été guérie en 14 jours d'une chorée des plus intenses.

Par les autres traitements, cette affection est toujours de longue durée. Quel est celui qui eût guéri aussi promptement?

J'ai été moins heureux que M. Bouvier, puisque, chez Victoire Chauvet, il n'a employé que deux chloroformisations par jour, et, après huit inhalations et six jours de ce traitement, sa malade était guérie.

Il m'a fallu 14 jours de ce traitement et 27 chloroformisations pour guérir sans retour la chorée grave dont était atteinte la fille Cherchignon.

Cela tiendrait-il à ce que la chorée était plus intense? ou bien cela dépendrait-il des différents traitements, et en particulier de l'emploi de l'opium, que M. Bouvier a fait prendre à sa malade, ainsi que vous paraissez le penser? C'est aux expérimentations cliniques ultérieures à le démontrer.

Le chloroforme a été employé dans un grand nombre de maladies

nerveuses, et l'exemple d'éclampsie que M. le docteur Marotte a inséré dans un des derniers numéros du *Bulletin* prouve que ce précieux anesthésique n'a pas dit son dernier mot. D[r] BOUCHARD,

Médecin de l'hôpital de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes, de planches, et d'une table des matières, précédées d'une introduction ou étude biographique, littéraire et scientifique sur Galien, par le docteur Ch. DAREMBERG, bibliothécaire de la Bibliothèque Mazarine, bibliothécaire honoraire de l'Académie de médecine, etc.

Nous ne savons pas comment sera accueilli dans le monde médical le travail de notre savant confrère, M. le docteur Daremberg, mais nous voudrions pouvoir dire ici quel accueil il mériterait. Quiconque a conservé quelque souci des traditions de notre science difficile trouvera tout simple d'abord que ce que l'on a fait dernièrement pour Hippocrate, M. Daremberg le tente en partie au moins pour l'homme qui a su conquérir une place égale à celle du médecin de Cos, dans le souvenir de la postérité. Hippocrate et Galien, toute la science de la vie normale ou pathologique se résume pendant des siècles dans cette dualité puissante. Réduisez tant que vous voudrez le principe d'autorité, en matière de science; poussez le principe du libre examen jusqu'à réduire la science aux proportions de l'aperception individuelle, au risque de tomber dans un scepticisme sans issue, mais n'en saluez pas moins toujours avec respect ces deux grands représentants de la science du passé. Ils sont aujourd'hui la tradition, soit : mais avant d'être la tradition, ils furent le libre examen, et rien qu'à ce titre, ils méritent que l'on compte avec leur génie. Savez-vous que ce n'est plus une destinée commune que celle de ces deux hommes, dont les conceptions furent pendant si longtemps acceptées comme les oracles de la science! Dormez par la pensée quelques dix siècles, donnez rendez-vous à nos grands hommes : croyez-vous que les noms de beaucoup sonneront alors comme ceux d'Hippocrate et de Galien? Qu'est-ce donc que ces deux hommes qui sautent ainsi par-dessus les générations pour resplendir au-dessus d'elles, pour les éclipser? Il n'y a en ceci ni fétichisme, ni superstition, ce sont tout simplement deux hommes de génie, et le véritable génie ne périt pas.

En parlant dès aujourd'hui du travail de bénédictin entrepris par le laborieux bibliothécaire de l'Institut, nous n'avons nullement in-

tention d'analyser ce travail, et de mettre en lumière quelques-unes des grandes idées qui, au milieu d'une foule d'erreurs, sont répandues dans les ouvrages de Galien; outre que ce serait aller plus vite que M. Daremberg lui-même, le temps de le faire n'en est pas venu pour nous. Notre but est surtout, en ce moment, d'appeler l'attention des médecins sur ce travail, et de lui concilier, s'il se peut, la faveur de tous les hommes sérieux, réfléchis. Lorsque M. Daremberg aura terminé son œuvre, que nous aurons, par conséquent, sous la main la clef des travaux de l'illustre médecin de Pergame, dans l'étude bibliographique, littéraire et scientifique sur Galien, nous y reviendrons, et essayerons, dans une notice plus étendue que celle-ci, d'apprécier comme elle mérite de l'être l'entreprise ardue de notre laborieux confrère. Toutefois, puisque nous en sommes venu à parler de ce travail, nous ne voulons pas laisser passer le premier volume qui l'inaugure sans en dire un mot.

Ce volume s'ouvre par un argument qui est celui-ci : *que le bon médecin est philosophe.* Dès les premières pages de Galien, l'écrivain se montre avec ses qualités et ses défauts : comprenant admirablement la dignité de la science et de l'intelligence qui s'y applique, il fait aimer l'une, et s'efforce de diriger noblement l'autre. Un des principaux défauts du médecin de Pergame, c'est une rédondance, une prolixité qui fatigue. Ceci ne regarde que la méthode, mais ce qu'on pardonne moins dans l'écrivain, c'est le reflet dans l'homme d'un défaut qui blesse, c'est une sévérité de critique qui devient de l'âpreté, quelquefois même de la grossièreté. Défauts et qualités, tout cela se retrouve dans le traité suivant, exhortation à l'étude des arts, des mœurs, de l'âme, et des habitudes qui se rattachent plus ou moins étroitement au premier argument que nous venons de rappeler. Là partout, comme dans le traité suivant, qui est beaucoup plus étendu, Galien se montre théiste convaincu, admet dans l'homme une force distincte d'organisation proprement dite, mais déclare insoluble la question de savoir si l'âme, sous le nom de laquelle il comprend cette force, est immortelle. Ce qui fait hésiter ici Galien, comme du reste la plupart des matérialistes modernes, c'est la considération de l'influence des maladies, de la constitution, du régime, etc., sur le développement des facultés de la substance pensante. Nous n'avons point à réfuter ici Galien sur une question que nous ne pourrions qu'effleurer ici; nous ne ferons qu'une remarque sur ce point, c'est qu'en s'arrêtant à cette difficulté, on voit disparaître du même coup, et le libre arbitre, et la morale, qui, en tant qu'elle regarde l'homme, repose essentiellement sur la liberté.

Le traité suivant, qui, comme nous l'avons dit, est beaucoup plus étendu que les fragments un peu incohérents que nous venons d'indiquer, a pour titre : De l'utilité des parties du corps humain. C'est surtout de ce livre qu'on a dit, que le médecin de Pergame avait proclamé lui-même, que c'était un hymne à la Divinité. Ce serait se tromper que de voir dans ce traité un ouvrage d'anatomie et de physiologie. « Galien, comme le dit très-bien son sagace traducteur, dans une note du Traité de l'utilité des parties (p. 523), ne s'occupe ni de l'anatomie ni de la physiologie proprement dites : il ne cherche pas comment une chose est et comment un acte s'opère, mais pourquoi une disposition a lieu, et en quoi cette disposition peut concourir efficacement à l'action. » En d'autres termes, ce traité est une large application de ce qu'en philosophie on appelle la doctrine des causes finales à l'explication du mécanisme de la vie. Il n'y a rien de plus opposé aux méthodes usitées actuellement dans les sciences physiologiques ; mais qu'on n'oublie pas, en jugeant ici Galien, qu'il y fait bien plutôt de la philosophie que de la médecine. Quoi qu'il en soit à cet égard, et nous reviendrons plus tard avec M. Daremberg sur cette question, quand on lit avec attention ce traité de Galien, il est impossible de ne pas admirer la fécondité merveilleuse de cette belle intelligence, aux yeux de laquelle surgissent partout une foule de rapports imprévus, et dont la réminiscence se retrouve dans plus d'une des conceptions modernes les plus originales.

Nous nous contenterons pour aujourd'hui de cette simple indication des sujets traités dans le premier volume de la traduction de M. Daremberg, mais nous ne finirons pas sans féliciter notre savant et laborieux confrère, et sans l'assurer à l'avance, lui et son honorable éditeur, M. J.-B. Baillière, de toutes nos sympathies pour une œuvre dont nous attendons impatiemment la conclusion, et qui doit honorer à toujours la médecine française.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Epidémie de scorbut dans la garnison de Paris. — Depuis quelques mois, depuis quelques semaines surtout, un assez grand nombre de cas de scorbut se sont développés sur des militaires de la garnison de Paris, qui se trouvent en traitement au Val-de-Grâce et dans quelques autres hôpitaux militaires. Cette espèce d'épidémie, sans différer très-sensiblement des épidémies du même genre obser-

vées à d'autres époques, nous a permis toutefois de comparer les descriptions qui ont été données de cette affection avec ce que nous avons observé au lit du malade, et nous avons pu vérifier une fois de plus, avec les maîtres de l'art, à quel degré de perfection Lind a porté l'étude de l'affection scorbutique. Pétéchies, taches violacées ou brunâtres de la peau, ecchymoses profondes et diffuses des membres, altération des gencives; tels sont, dans l'épidémie actuelle, les symptômes les plus manifestes, comme dans les épidémies déjà décrites; notons cependant que dans cette épidémie, comme dans la plupart des épidémies de scorbut de nos jours, l'altération des gencives a été peu prononcée, ou même n'a pas existé. Mais les malades ont présenté aussi d'autres symptômes qui, pour être généralement moins connus, et pour n'être pas rangés dans le cadre des signes pathognomoniques, ne méritent pas moins de fixer l'attention du médecin : ainsi le teint jaune et un peu terreux de la face, l'œdème du visage, soit seul, soit accompagné d'œdème du cou, du tronc, des bourses, de la partie inférieure des cuisses, l'œdème des jambes, la flaccidité des muscles du mollet, l'induration des muscles cruraux et jambiers, les douleurs des membres pelviens.

Cette épidémie paraît, du reste, s'être développée dans les conditions qui donnent habituellement naissance au scorbut, c'est-à-dire sous l'influence du froid humide. C'est ainsi que le plus grand nombre des cas de scorbut a été observé chez des militaires venant des camps de Boulogne et de Saint-Omer, et par conséquent, chez des hommes exposés pendant plusieurs mois au froid, à l'humidité, et dont la nourriture n'était peut-être pas toujours irréprochable. Nous avons été témoin[1], dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, d'un fait presque identique : après avoir passé plusieurs jours campé sur le boulevard par les temps froids et rigoureux de janvier, et y avoir même passé plusieurs nuits, le malade, d'un âge mûr, avait vu survenir peu à peu les symptômes du scorbut; et parmi ces symptômes, l'altération des gencives, l'induration d'un des muscles jambiers et la débilité générale occupaient la première place.

Sous l'influence de l'administration des antiscorbutiques, nous avons vu, dans les hôpitaux militaires, les symptômes s'amender peu à peu et disparaître entièrement. Nous ferons remarquer cependant la différence que nous avons observée entre les effets des prétendus antiscorbutiques, raifort, cochléaria, etc., et l'action presque merveilleuse de l'administration à l'intérieur des sucs acides de groseilles, de cerises et surtout du suc de citron. C'est là un fait d'autant plus utile à mettre en relief, que les auteurs de traités modernes de théra-

peutique ne paraissent pas s'être rappelé la haute estime dans laquelle le célèbre Lind tenait le suc de citron dans cette maladie. Deux faits dont nous avons été témoin, l'un à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle, l'autre à Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, celui dont nous avons parlé plus haut, ne nous laissent cependant aucun doute à cet égard. Dans le premier de ces faits, comme dans quelques-uns de ceux que nous avons observés dans les hôpitaux militaires, les antiscorbutiques proprement dits n'ont guéri qu'avec lenteur, tandis que dans le fait de M. Aran, alors que le chlorate de potasse avait échoué entièrement, ou presque entièrement, en trois jours, sous l'influence du suc de citron, il y a eu une amélioration inespérée; les dents se sont raffermies, les gencives ont repris leur consistance et ont cessé de fournir du sang; les forces sont revenues, les noyaux d'induration se sont résorbés, et le malade a pu quitter l'hôpital entièrement rétabli.

Nous ne saurions donc trop le répéter : c'est aux fruits acides, citrons, oranges, groseilles et cerises aigres, qu'il faut donner la préférence dans le traitement du scorbut ; le vinaigre, les végétaux frais et les antiscorbutiques proprement dits ne doivent venir que comme auxiliaires. Tout au plus si, dans certains cas, il convient de leur associer le quinquina et les ferrugineux pour relever les forces considérablement affaiblies, et permettre à la résolution de marcher convenablement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Atropine (*Quantité d'*) *nécessaire pour dilater la pupille.* Tout le monde sait que de tous les narcotiques qui dilatent la pupille, le plus efficace et le plus certain est la belladone. Sous ce rapport, l'atropine ou principe actif de la belladone l'emporte même sur la plante, en ce que, devant être employée à très-faible dose, elle est exempte de ces effets irritants qui appartiennent à l'extrait de belladone, et d'autre part, en ce que l'uniformité de la composition permet d'en préciser et d'en régulariser l'action d'une manière presque mathématique. C'est au sulfate d'atropine qu'on a surtout donné la préférence, et la solution dont on fait généralement usage en Angleterre contient 0,20 de sulfate d'atropine pour 32 grammes d'eau distillée. Une seule goutte de cette solution, placée au contact de la cornée et de la conjonctive, pendant quelques instants, suffit pour amener en vingt ou vingt-cinq minutes, une dilatation complète avec immobilité de la pupille. Mais il y a évidemment quelque chose de brutal dans l'emploi de cette solution, et chez presque tous les malades, il s'écoule trois ou quatre jours avant que la vue ait repris toute sa plénitude et que l'œil soit revenu à son état normal. Il y avait donc lieu de se demander quelle était d'une manière précise la dose nécessaire chez l'homme pour amener la dilatation désirée, sans produire les inconvénients inhérents à une dose aussi forte d'atropine. C'est ce qui a été fait par M. de Ruiter.

M. de Ruiter avait déjà remarqué, dans ses expériences sur les animaux, que chez le chien, une goutte d'une

solution contenant 1/129.600 de sulfate d'atropine, mis en contact avec l'œil pendant cinq minutes, suffit pour dilater la pupille pendant dix-huit heures. Une solution au 3.600e produit cette dilatation chez le même animal en dix ou quinze minutes, et cette dilatation ne disparaît qu'après quatre jours. Une solution au 21.600e, en contact dix ou quinze minutes avec l'œil, produit également une dilatation considérable, souvent même de l'immobilité. Avec la solution au 129.600e, additionnée de 2 parties d'eau et cinq minutes d'application, on a encore un effet sensible, et c'est seulement lorsque la solution est étendue de 6 parties d'eau que l'effet est complétement nul, c'est-à-dire au 772.600e. La sensibilité de la pupille à l'action de la belladone est donc quelque chose de vraiment surprenant, lorsqu'on réfléchit surtout que, sur cette goutte introduite entre les paupières, il n'y en a peut-être pas un cinquième d'absorbé. Eh bien ! sans être aussi grande que chez le chien, la sensibilité est encore très-grande chez l'homme, au point que, pour arriver à un bon résultat, il n'est besoin, en général, que d'une solution beaucoup plus faible que celle que l'on prescrit ordinairement; et voici les conclusions auxquelles M. de Ruiter est arrivé à cet égard : 1° une solution de 0 20 de sulfate d'atropine dans 32 grammes d'eau distillée est suffisante comme préparation aux opérations, lorsqu'il s'agit de prévenir une synéchie, un synezizis ou un prolapsus de l'iris imminent, ou d'augmenter la capacité visuelle dans la cataracte centrale ou dans l'opacité centrale de la cornée, etc.; 2° une partie de cette solution, étendue de 15 parties d'eau, suffit à produire une dilatation complète, avec immobilité passagère de la pupille, lorsqu'on se propose seulement de soumettre à un examen complet les parties internes de l'œil dans toutes les directions. (La dilatation survient après trente à quarante-cinq minutes, et ordinairement en vingt-quatre heures, tout trouble a cessé dans la vision); 3° la même solution étendue de 80 parties d'eau ou d'une partie du sulfate d'atropine, pour 80 parties d'eau, est celle qui convient dans l'immense majorité des cas. Une goutte ou deux de cette solution, introduite entre les paupières, amène, en trente ou soixante minutes, une dilatation suffisante pour l'examen du plus grand nombre des yeux. Toutefois, la dilatation n'est pas assez considérable pour léser notablement la vision, et en huit à trente-six heures, elle a entièrement disparu. (*Nederland. Lancet* et *Monthly Journal*, 1855.)

Compression des carotides (*Sommeil et anesthésie par la*). Aux nombreuses applications déjà connues de la compression carotidienne, M. Fleming vient en ajouter une nouvelle, celle de faire servir cette compression à la production du sommeil et de l'anesthésie. Il résulte, en effet, d'expériences faites sur lui-même, et que ce médecin a faites, à son tour, sur d'autres, que la compression des vaisseaux à la partie supérieure du cou a pour résultat immédiat de déterminer un sommeil profond. On éprouve d'abord, dit M. Fleming, une sorte de bourdonnement d'oreilles; une sensation de fourmillement parcourt rapidement la surface du corps, et quelques secondes sont à peine écoulées, qu'une perte absolue de la conscience et de la sensibilité se manifeste et persiste tant que la compression est maintenue. Cesse-t-on celle-ci, il y a confusion d'idées, avec retour du fourmillement; puis, au bout de quelques secondes, la conscience est revenue. L'expérience entraîne une légère pâleur de la face, mais le pouls n'est que faiblement affecté, si tant est qu'il le soit. Dans ce profond sommeil, la respiration est stertoreuse, mais libre d'ailleurs; les inspirations sont plus profondes; l'esprit rêve avec une plus grande activité, et quelques secondes paraissent des heures, en raison du nombre et de la succession rapide d'idées qui traversent le cerveau. Ces expériences n'ont jamais causé de nausées, de malaise, ou tout autre symptôme désagréable, si ce n'est de la langueur dans deux ou trois cas. La période de profond sommeil a dépassé rarement quinze secondes et n'a jamais excédé une demi-minute. Ce mode de produire l'anesthésie, ajoute M. Fleming, est rapide et certain; ses effets diminuent aussitôt que cesse la compression des artères, et ne sont point susceptibles d'augmenter, comme il arrive parfois avec le chloroforme et l'éther, après que le patient a cessé d'en inspirer les vapeurs. Autant qu'il résulte de mes expériences, il n'a montré nulle tendance à produire la syncope, et son emploi ne laisse habituellement après lui aucune sensation désagréable que ce soit. Je pense donc qu'on peut l'utiliser comme agent efficace dans certains cas de cé-

phalalgie, de tétanos, d'asthme et d'autres maladies spasmodiques, aussi bien que pour prévenir la douleur dans les petites opérations, telles que l'avulsion d'une dent ou l'ouverture d'un abcès. Il resterait seulement à démontrer si la compression peut être assez longtemps continuée avec sécurité pour être employée dans les grandes opérations. M. Fleming ne paraît pas connaître les nombreuses tentatives qui ont été faites depuis le siècle dernier pour introduire la compression carotidienne dans la thérapeutique et qui appartiennent cependant, pour la plupart, à ses compatriotes. S'il est au contraire quelque chose de bien établi, c'est l'innocuité de cette compression; mais cette innocuité bien établie, le fait signalé par M. Fleming reste à vérifier de nouveau, au point de vue de la médecine opératoire, et, en tout cas, il y a lieu de douter que l'insensibilité produite de cette manière soit suffisante pour enlever son activité au système nerveux. Le fait annoncé par M. Fleming peut donc être intéressant pour la physiologie; mais nous craignons fort que là se borne le rôle qu'il doit jouer dans la pratique, si ce n'est en rappelant l'attention vers les effets calmants et sédatifs de la compression dans plusieurs états morbides. (*Brit and for. med. chir. Review*, 1855.)

Croup (*Traitement du*) *par le sulfate de cuivre à haute dose.* On s'habitue trop généralement à ne voir dans le sulfate de cuivre qu'un vomitif très-certain et très-rapide dans ses effets; c'est même à ce titre qu'on l'emploie dans les empoisonnements et encore dans le croup. Il semblerait résulter cependant de quelques recherches modernes que, donné à doses fractionnées et répétées convenablement, ce sel cuivrique posséderait une action véritablement altérante, témoin son efficacité dans quelques angines malignes. C'est presque à des faits du même ordre que se rapportent les observations remarquables publiées par un médecin allemand, M. Hönerkopf, qui vient à son tour recommander le sulfate de cuivre dans le croup, mais seul et de la manière suivante. On fait dissoudre de 30 à 40 centigrammes de sulfate de cuivre dans 30 grammes d'eau distillée et on en donne au malade, depuis une petite cuillerée jusqu'à la moitié ou la totalité d'une grande cuillerée. La facilité ou la difficulté avec laquelle survient le vomissement détermine la fréquence suivant laquelle il faut répéter les doses; car la torpeur des nerfs de l'estomac, dit ce médecin, augmente avec les progrès de la maladie et la difficulté de produire le vomissement mesure la gravité de l'affection. Tandis qu'au commencement, dans les cas légers, de petites doses de vomitifs suffisent, de beaucoup plus fortes doses deviennent nécessaires, lorsque la maladie a continué un certain temps ou lorsqu'elle est grave; et même à un certain degré, le vomissement ne se produit plus du tout. (On parvient quelquefois à réveiller les vomissements dans ces cas, en prenant 0,10 de musc, à quelques heures d'intervalle.) On donne ordinairement une dose toutes les dix ou quinze minutes, quatre, six et même huit fois de suite, jusqu'à ce que les symptômes les plus graves soient abattus, en réglant la quantité sur l'intensité des cas. Parfois l'amélioration survient dès la première dose : la toux est moins fatigante, il y a moins d'angoisse et de dyspnée, et enfin le bruit croupal est remplacé par du râle muqueux. On réduit le médicament à de plus faibles doses, en y revenant toutes les vingt ou trente minutes, ou même à de plus longs intervalles. Dans les cas graves, pour peu qu'il reste même un léger bruit croupal, il faut continuer toutes les deux heures, parce qu'une rechute est à craindre la nuit suivante. Il faut même laisser toujours un peu de la solution chez le malade, pour y revenir dès qu'on apercevrait quelque symptôme de rechute, la seconde où la troisième nuit; mais une couple de doses suffisent ordinairement. Si, dans ces cas très-fâcheux, il y a à peine de l'amélioration au bout de douze heures et même plus, il ne faut pas désespérer, parce que l'amélioration est souvent subite et inattendue; mais alors que les autres symptômes se sont amendés, si ce bruit persiste, il ne faut pas se relâcher, car l'ennemi sommeille et peut se réveiller d'un moment à l'autre avec une nouvelle fureur. Tout dépend de l'énergie et de la persistance du médecin, qui trouve souvent beaucoup d'obstacles de la part des malades et surtout des parents. Bien que le vomissement ne soit pas le but final du traitement de M. Hönerkopf et qu'il puisse être excité par d'autres moyens, il mesure les chances de réussite. Mais jusqu'où doit-on porter le médicament pour en assurer le succès? Un seul grain, excitant le vomissement une ou deux fois, peut suffire dans les

cas légers, tandis que dans d'autres il faut 100 grains, produisant de quatre-vingt à cent vomissements. Le fait est que sur les quatre-vingt-dix malades qu'il a traités ainsi, la moyenne du sulfate de cuivre donné par jour a été de 31 1/2 grains. Dans quinze cas, la moyenne a atteint 79 grains, près de 4 grammes par vingt-quatre heures. Un enfant a consommé en huit jours 216 grains de sulfate cuivrique, ou plus de 10 grammes (27 grains en moyenne par jour), et un autre 40 grains par jour, pendant trois jours. Le médicament n'a, du reste, été suivi par lui-même d'aucun effet fâcheux; au contraire, puisque sur 90 cas, il y aurait eu 77 guérisons. Malheureusement, M. Hönerkopf a commis la faute de confondre dans un même groupe les vrais et les faux croups; de sorte que la détermination de la valeur réelle du médicament est bien difficile; cependant, en partant des données de l'auteur, qui dit que les fausses membranes existaient dans la moitié des cas, il n'en resterait pas moins une proportion de succès encore fort remarquable et digne de fixer l'attention des médecins sur ce traitement. (*Journal für Kinderkrank.*, n° 24, 1855.)

Épilepsie (*Emploi de l'indigo dans le traitement de l'*). L'épilepsie ne ressemble pas aux autres maladies, dont le traitement est fixé dans leurs bases les plus essentielles, et à propos desquelles la thérapeutique ne tient véritablement compte que des moyens dont la puissance est consacrée par des succès suffisamment nombreux et suffisamment répétés. Dans cette maladie, au contraire, le médecin ne doit perdre de vue aucun des agents thérapeutiques qui ont été employés avec quelques résultats favorables; si faible que soit leur activité, elle peut trouver sa place à un moment donné et amener la guérison dans un cas où tout le reste aura échoué. C'est précisément parce que nous avons cette conviction que nous revenons de temps en temps sur l'emploi des traitements divers proposés de nos jours ou à une époque plus éloignée de nous. Aujourd'hui, nous voulons dire quelque chose de l'indigo, à propos de quelques recherches faites par M. Hubert Rodrigues sur l'emploi de cette substance dans l'épilepsie, et nous croyons d'autant plus devoir revenir sur l'emploi de l'indigo dans cette maladie, que nous avons consigné, à plusieurs reprises, dans ce journal, des faits très-concluants en sa faveur. Sans être bien remarquables, les résultats de M. Rodrigues n'en sont pas moins dignes d'être connus; en effet, sur onze cas, il y a eu près de cinq guérisons: deux enfants, dont les accès dataient de trois ans et revenaient tous les cinq à six jours, sont guéris depuis une époque qui n'est pas mentionnée; une fille de vingt-six ans est délivrée depuis une année de crises très-rapprochées; l'enfant chez qui, remontant à dix mois, elles se reproduisaient tous les trois ou quatre jours, n'en a pas eu également depuis deux ans; enfin, une jeune femme est dite guérie, sans indication ni de l'ancienneté du mal ni de la fréquence et de la marche des attaques. Quant au meilleur mode d'administration, l'auteur s'est arrêté, après expérimentation suffisante, à porter d'emblée le remède aux plus hautes doses, puis l'organisation vivement impressionnée, on se contente de soutenir l'action produite par de petites doses facilement tolérées, quitte à en raviver l'effet par des augmentations périodiques et transitoires. Nous rappellerons que la dose de 30 grammes est la plus haute que l'on puisse faire supporter aux malades, et encore pendant quelques jours. (*Revue thérap. du Midi*, mars.)

Gangrène de la bouche (*De la valeur des divers traitements employés dans la), et en particulier de la cautérisation.* Les observations nombreuses publiées dans ces derniers temps, relativement à l'efficacité du chlorate de potasse dans le traitement de plusieurs affections graves de la bouche, pourraient avoir peut-être pour résultat de fixer plus particulièrement l'attention sur cet agent thérapeutique, et de faire négliger par conséquent d'autres méthodes curatives déjà éprouvées. Il importe donc de bien fixer le cercle d'application du chlorate de potasse, et de montrer comment Hunt a pu être conduit à regarder ce sel comme un spécifique de la gangrène de la bouche. Le chlorate de potasse a une efficacité remarquable, évidente, dans la stomatite. La gangrène menace de compliquer une stomatite, elle est évitée dès que l'inflammation de la muqueuse est supprimée, et voilà comment M. Hunt a pu dire du chlorate que c'était le meilleur remède de la gangrène buccale, comment d'autres ont pu professer la même opinion relativement à divers agents propres à guérir la stomatite, au chlorure de chaux, par

exemple, employé par M. Bouneau, à l'hôpital des Enfants. Le fait est, cependant, qu'ils ne guérissent pas la gangrène; mais l'escarre étant la conséquence de l'inflammation des tissus, sous une influence cachectique à la vérité, qu'y a-t-il donc d'étonnant que la guérison de l'inflammation soit le plus puissant moyen préventif de la gangrène, sa conséquence nécessaire? La gangrène une fois produite, le traitement change : à la cachexie, condition générale de la maladie, il faut opposer les toniques généraux les plus puissants; il faut, en outre, borner la marche envahissante de la gangrène par les moyens modificateurs les plus énergiques, et c'est ici que trouvent leur place les agents propres à ramener la vitalité affaiblie dans les parties malades. En portant hardiment le caustique sur les chairs livides, on fait naître une inflammation accidentelle capable de s'opposer aux progrès de la gangrène. Les acides, les chlorures caustiques, le cautère actuel, tous ces agents escarrotiques puissants peuvent diviser les praticiens relativement au choix à faire entre eux, mais leur indication et leur utilité ne sont pas contestables. C'est ce que vient de mettre très-bien en lumière un ancien interne des hôpitaux, M. Mahieux, en consignant dans sa thèse un assez grand nombre de cas : 1° de stomatites arrivées plus ou moins près de la gangrène, et guéries par le chlorate de potasse à l'intérieur ou le chlorure de chaux en applications topiques, et 2° de gangrènes parfaitement déclarées et arrêtées dans leur marche par une énergique cautérisation, principalement avec le cautère actuel. Trois cas de succès sur onze, deux dans lesquels le fer rouge a été employé, soit avec le chlorate de potasse, soit après une cautérisation avec l'acide chlorhydrique, un troisième dans lequel cet acide seul a réussi à borner les ravages de la maladie; c'est peu, sans doute, d'une manière générale, mais c'est beaucoup si on se rapporte aux chiffres désolants fournis par certaines statistiques, par M. Taupin, qui rapporte une série de trente-six cas et pas une guérison; par M. Baron, qui sur trente cas compte trente morts; par MM. Rilliet et Barthez, qui n'ont guéri qu'un malade sur vingt-un. L'usage des caustiques puissants est donc une ressource extrêmement utile, et le cautère actuel, employé à une période même assez avancée de la gangrène, peut donner des succès remarquables. Il n'est donc permis de désespérer que dans les cas où le sphacèle est trop étendu, et où la période d'infection a succédé à celle de la gangrène locale. Rappelons que, pour être efficace, la cautérisation doit être assez énergique, et porter en partie sur les portions saines qui avoisinent l'escarre. Un ou plusieurs cautères doivent être éteints sur les parties malades, ou bien un pinceau chargé d'acide chlorhydrique doit toucher pendant quelques instants les parties sphacélées, en ayant soin, dans ce dernier cas, de faire dans la bouche une abondante injection d'eau fraîche. (*Thèses de Paris*, 1855.)

Purpura hemorrhagica (*Bons effets de l'essence de térébenthine dans le traitement du*). Nous aimons à revenir sur certains faits parce qu'ils sont peu connus et que leur utilité, de plus en plus démontrée, devrait fixer davantage l'attention des médecins. L'emploi de l'essence de térébenthine dans les hémorrhagies, et en particulier dans le purpura hemorrhagica, qui n'est en réalité qu'une hémorrhagie généralisée et s'opérant sur divers points de l'organisme; l'emploi de ce médicament, disons-nous, est encore trop peu apprécié à sa valeur réelle. Voici un nouveau fait très-concluant, à l'appui de l'emploi de ce moyen. Ce fait est relatif à une petite fille de quatre ans chez laquelle le purpura était aigu. On avait d'abord remarqué chez elle du dégoût pour les aliments, surtout pour les végétaux, une grande irritabilité et de la constipation. Puis, dans la soirée, il survint des douleurs assez vives dans l'épaisseur des membres inférieurs, et l'on vit paraître trois points saillants qui passèrent rapidement au violet et devinrent fluctuants, de manière à indiquer la présence au-dessous d'eux du sang liquide. Le lendemain, ces points avaient déjà passé au jaune, et le sang ne tarda pas à être résorbé; mais il survint sur les jambes de nouvelles taches ecchymotiques, plus grandes que les premières; deux autres, fort étendues, se montrèrent aux coudes et à leur niveau; la peau était tellement amincie qu'on craignait toujours de la voir se déchirer. En trois jours, l'enfant était devenue pâle et en langueur; le pouls était vif et hémorrhagique. Après l'avoir purgée avec un purgatif mercuriel, M. Smith lui prescrivit une potion composée de :

essence de térébenthine, 15 grammes; huile de ricin, 30 grammes; mucilage et sucre, quantité suffisante, et eau distillée, 250 grammes, avec addition de 4 gouttes d'essence de gérofle; — deux ou trois cuillerées, deux ou trois fois par jour. L'effet de ce médicament fut des plus satisfaisants; les taches de purpura disparurent avec rapidité, garde-robes naturelles et abondantes, appétit; bref, le rétablissement fut complet et rapide. (*Association med. Journal*, 1855.)

Sclérème *des nouveau-nés (Traitement du) par le massage*. La gravité bien connue du sclérème chez les nouveau-nés, surtout dans les mauvaises conditions hygiéniques et dans les saisons froides, nous engage à donner de la publicité aux résultats qu'un médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Legroux, a obtenus du massage dans les cas de ce genre. C'est, en quelque sorte, le hasard qui a mis notre confrère sur le chemin de cette médication. On lui présenta, l'hiver dernier, un enfant atteint de sclérème; les jambes étaient gonflées et dures, les bras également, principalement à leur partie interne; coloration violacée générale, peau froide, cri faible et presque éteint, faiblesse générale extrême. M. Legroux prit les deux jambes dans ses mains et fit un massage méthodique de plus en plus fort, et toujours en cherchant à faire refluer les liquides des extrémités vers le centre. Peu à peu les tissus devinrent plus souples, moins résistants, la coloration moins violacée, le cri de l'enfant plus fort; il exerça alors une pression alternative sur le ventre et sur la poitrine pour favoriser les mouvements respiratoires; il continua ainsi le massage sur les membres pendant plusieurs minutes; l'assouplissement augmentait progressivement, ainsi que la force des cris de l'enfant, l'ampleur des mouvements respiratoires, la disparition de la couleur violette; et, quand il le quitta, l'enfant était déjà dans un état bien plus satisfaisant. Il recommanda de le faire teter, de recommencer le massage cinq ou six fois dans la journée, de lui faire prendre un ou deux bains aromatiques chauds. Le lendemain, l'amélioration est très-grande, l'enfant a repris de la force; il tette et ne crie plus; l'œdème a disparu, la respiration est ample, la coloration parfaite; en un mot, l'enfant est guéri. Depuis cette époque, M. Legroux a employé le même traitement dans six ou sept cas, sans avoir un seul insuccès. Il est vrai qu'il n'a eu à traiter que des sclérèmes partiels et non des sclérèmes généraux; aussi donne-t-il le précepte de ne pas attendre la généralisation du sclérème pour recourir au massage. Néanmoins, le traitement recommandé par notre confrère est tellement simple, tellement à portée de tous, que nous ne saurions trop le recommander à l'attention des praticiens. Peut-être cependant, le massage, qui est lui-même un puissant moyen de calorification, ne devrait-il pas faire perdre de vue quelques autres moyens calorifiants, tels que l'enveloppement dans la ouate de coton ou le sac de laine. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n. 14.)

Strychnine (*Possibilité de retarder et de combattre avec succès les effets toxiques de la*) *par l'administration de la morphine, de l'atropine, etc.* Il est fâcheux qu'on ne connaisse pas mieux les points précis des centres nerveux sur lesquels s'exerce l'action de ces agents connus sous le nom de narcotiques, de tétaniques, etc. On pourrait peut-être déduire de la connaissance du siége de leur influence et de leur mode d'action les moyens d'en contre-balancer les effets. Supposons, par exemple, qu'un médicament fût reconnu comme un stimulant de telle ou telle partie des centres nerveux, tandis qu'un autre médicament exercerait une action dépressive sur cette même partie; il s'ensuivrait que par l'administration, soit simultanée, soit successive de ces deux médicaments, l'économie pourrait n'éprouver que des symptômes très-différents de ceux qui appartiennent à chacun d'eux, si même elle en éprouvait du tout. Cette action d'*antistase*, comme on a proposé de l'appeler dans ces derniers temps, et qui nous montre les agents thérapeutiques se neutralisant dans l'organisme et dans un organe donné, comme les acides neutralisent les alcalis et réciproquement, doit être probablement le point de départ de curieuses découvertes en thérapeutique, et surtout en toxicologie. Beaucoup de poisons sur lesquels nous n'avons aucune action, faute d'un réactif chimique convenable, et pour lesquels nous nous trouvons réduits à combattre peu à peu les accidents, en faisant appel aux forces générales de l'organisme, seront probablement combattus avec succès

dans leur influence toxique, par l'intervention d'autres poisons, qui perdent cette qualité en présence de l'état particulier de l'organisme produit par le premier ingéré.

Il appartenait à l'école italienne, qui a tant fait pour l'étude des effets des médicaments, de nous signaler ces propriétés antagonistiques de certains médicaments, et nous trouvons à cet égard, dans un travail publié en Italie par M. Rofoldo-Rofoldi, des renseignements pleins d'intérêt. On sait quels sont les symptômes produits par l'administration de la strychnine à une dose un peu élevée, symptômes qui se rattachent tous à une irritation des cordons antérieurs de la moelle. En dix ou quinze minutes, des chiens à qui on a fait prendre 5 centigrammes de strychnine succombent, au milieu de violentes convulsions, aux progrès d'une asphyxie générale. Eh bien! si à la suite de l'ingestion de 5 centigrammes de strychnine, on fait prendre, au bout de quelques minutes, à l'animal, semblable dose d'acétate de morphine, non-seulement les phénomènes toxiques sont retardés, nonseulement leur physionomie est profondement modifiée, mais encore l'animal se rétablit. Dans les expériences de M. Rofoldi, l'appareil symptomatique a mis environ une heure et demie à se développer. Outre les signes d'anxiété : contraction des pupilles, injection des conjonctives, prurit très-incommode, besoin incessant de défécation, suppression des urines, contractions incomplètes, respiration fréquente, accélération et faiblesse des battements du cœur, prostration extrême. A ces symptômes d'une durée de quelques heures, succèdent graduellement le calme et le repos. Mêmes résultats, sauf quelques différences dans les effets observés, si l'on emploie d'autres narcotiques, tels que l'atropine, la jusquiame, l'aconit. Pour l'atropine, par exemple, administrée à la dose de 0,05, quelques minutes après pareille dose de strychnine, on observe les phénomènes suivants : dilatation des pupilles, efforts de vomissements sans résultat, abondante sécrétion de salive aqueuse, issue de la langue hors de la gueule, tremblement convulsif, contractions musculaires affablies et ressemblant en quelque sorte à des convulsions, pouls petit et accéléré, inclinaison en avant de l'épine dorsale, stupeur, anesthésie cutanée, débilité des membres. Les accidents persistent plusieurs heures, puis les animaux ne tardent pas à se remettre.

En résumé, on voit dans ces expériences des narcotiques donnés à haute dose, à une dose véritablement toxique, contrarier tellement les effets de la strychnine, que la physionomie de l'empoisonnement est changée et que les animaux, au lieu de succomber, se rétablissent après quelques heures. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que l'administration dans les mêmes conditions du tartre stibié, de l'ammoniaque liquide et de l'eau de laurier-cerise, n'a en rien contrarié les effets du poison. Il serait prématuré sans doute de vouloir appliquer ces données chez l'homme, d'autant plus que, pour la strychnine en particulier l'emploi du lait à grandes doses rend de véritables services; mais il y a, nous le répétons, dans ces expériences, le germe de véritables découvertes pour la médecine et la toxicologie. (*Gaz. méd. Lombarda* et *Gaz. hebd.*, juin.)

Syphilis (*Règles générales du traitement de la*) *et en particulier de l'administration des mercuriaux.* Les incertitudes qui pèsent encore sur la conduite que doit tenir le médecin suivant la période de la syphilis à laquelle il est appelé à donner des soins au malade, mais surtout sur la manière suivant laquelle le traitement doit être conduit, et sur la durée qu'il importe de lui donner, nous engagent à faire un nouvel emprunt au remarquable mémoire qui résume la pratique chirurgicale d'un des plus distingués chirurgiens de l'Antiquaille, M. Rodet, de Lyon.

M. Rodet, se rangeant au point de vue de l'école moderne, considérant par conséquent la syphilis comme locale à son début, se prononce pour la cautérisation à une époque le plus rapprochée possible du début. Il conseille de déposer sur le chancre un fragment de nitrate d'argent d'un volume proportionné à l'étendue et à l'épaisseur de son auréole virulente, et de le laisser à demeure, couvert d'un peu de charpie. L'escarre, se détachant bientôt, met à nu une petite plaie simple, qui se cicatrise rapidement. Telle est la pratique de ce chirurgien lorsque les chancres sont récents, petits, peu nombreux, non indurés et entourés d'une auréole inflammatoire peu étendue. Employée dans ces conditions, la méthode abortive fait disparaître les chancres en un temps très-court, et

prévient presque toujours les bubons et l'infection générale. En dehors de ces conditions, la méthode abortive n'est plus applicable; il faut se borner à abréger le plus possible leur période virulente, à hâter leur cicatrisation, à atténuer leurs effets délétères soit sur les ganglions correspondants, soit sur la constitution entière.

Le mercure ne doit jamais être donné à l'intérieur, tant que les chancres ne sont pas indurés, attendu qu'il ne les empêche pas de s'indurer et qu'il ne prévient jamais l'infection générale. Leur induration rend, au contraire, l'administration des mercuriaux indispensable. Mais convient-il de l'administrer immédiatement, ou bien vaut-il mieux attendre les premières manifestations de la syphilis généralisée? M. Rodet n'hésite pas à donner la préférence à la seconde. Le mercure doit être administré dès que l'induration est devenue plus manifeste. Outre qu'il hâte alors la cicatrisation des chancres, il prévient le plus souvent toute manifestation générale et préserve les malades de la prostration, des céphalalgies et de tant d'autres symptômes qui se déroulent presque comme une chaîne sans fin, lorsque l'intoxication syphilitique n'est pas entravée dans son évolution.

Lorsque la syphilis est confirmée, le mercure est encore le seul agent qui ait réellement le pouvoir de la détruire. Plus ce traitement est court, plus la récidive est à craindre; plus il est long, plus la guérison radicale est assurée. Mais quelle durée donner à ce traitement? Sans doute, il y a des différences individuelles qui rendent cette détermination très-difficile ; néanmoins, il résulte des observations de M. Roret : 1° qu'un mois et demi de traitement est rarement suffisant; 2° qu'après un traitement de deux mois, la guérison se maintient le plus souvent, mais que les récidives sont encore fréquentes; 3° qu'après trois mois de traitement, les récidives sont rares, mais s'observent quelquefois; 4° que malgré ces quelques récidives, un premier traitement mercuriel ne doit pas dépasser trois mois en général, à moins que la syphilis n'ait eu pour point de départ un chancre compliqué d'une induration très-volumineuse.

Mais pour que le mercure produise tous les effets curatifs qu'on est en droit d'en attendre, il faut qu'il soit administré d'après certaines règles. On doit toujours commencer par des doses faibles, dont l'effet est suffisant dans le principe, mais à la condition de les élever graduellement, à peu près tous les huit jours, si l'on ne veut voir l'économie s'y habituer bientôt et la maladie reparaître dans toute sa force, après avoir cédé pendant les premiers jours. Cette méthode réussit très-bien pendant la première moitié du traitement; mais arrivé à la seconde, on se trouve souvent dans l'alternative, ou de fatiguer l'organisme par des doses trop fortes, ou de laisser reparaître la maladie en s'en tenant à des doses trop faibles. Pour remédier à cet inconvénient résultant de l'habitude, M. Roret substitue, vers le milieu du traitement, une préparation mercurielle à une autre, en commençant aussi par des doses faibles, que l'on élève graduellement. Après avoir commencé, comme il le fait le plus ordinairement, par le deutochlorure de mercure, il passe au protoïodure, qu'il regarde comme ayant une puissance égale à celle du premier, avec cette différence cependant que le premier produit des effets à peu près équivalents à dose cinq fois moins forte, et n'a sur la seconde qu'un seul avantage, c'est de déterminer beaucoup plus rarement le gonflement des gencives et la salivation.

Les récidives s'observent quelquefois, même à la suite des traitements les plus irréprochables. Elles attestent alors dans la constitution de ceux qui les présentent quelque chose d'exceptionnel et d'insolite, qui fait que les remèdes produisent sur elle des impressions plus faibles qu'à l'ordinaire, et doivent être employés à dose plus forte ou pendant un temps plus long, pour produire des effets thérapeutiques complets. Le traitement de ces récidives est généralement mal fait, et fait peser trop souvent sur le mercure une responsabilité qui ne lui appartient pas. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de reprendre l'usage du mercure, en élevant un peu plus les doses que la première fois, en prolongeant plus longtemps son emploi et en renforçant son action par l'iodure de potassium, à la fin du traitement. Si le premier traitement avait été de trois mois, le second devra être de quatre mois et demi environ, et si une nouvelle récidive reparaissait encore, la troisième devrait être de six mois.

Les récidives reconnaissent souvent pour cause le défaut de régularité et les interruptions fréquentes que les malades font subir à leur traitement. Rien n'est plus nuisible, ajoute M. Ro-

det, que ces traitements morcelés qui fatiguent les organes et ne font que harceler la syphilis, sans la guérir jamais. La syphilis peut être comparée à un être vivant qui a fait son siége au sein de l'organisation et qui ne peut être détruit que par un certain nombre de doses de poison, administrées d'une manière non interrompue. Si le traitement est abandonné avant que cet être mystérieux ait été complétement anéanti, celui-ci reprend bientôt sa force et sa vigueur premières, et les quelques doses qui auraient suffi pour l'éteindre quelques jours auparavant ne peuvent, dès lors, plus rien contre lui. On voit aussi des malades recommencer toujours leur traitement, sans le finir jamais, et absorber de la sorte des quantités prodigieuses de remèdes de tout genre qui, unissant leurs effets à ceux de la syphilis elle-même, produisent quelquefois des lésions effroyables, soit du côté du système vasculaire, soit du côté du système nerveux. (*Gaz. méd. de Lyon*, mars.)

Syphilis *secondaire* (*Sur un prétendu cas de*) *transmis par l'intermédiaire du vaccin*. Triste sort que celui de la vaccine! En échange des immenses services qu'elle a rendus à l'humanité, elle n'a trouvé à son aurore que dédain et dénigrement, et aujourd'hui même, après que les gouvernements, mieux éclairés que les individus, ont compris l'importance de mettre un terme à ces terribles épidémies de variole qui décimaient les populations, ou les peuplaient d'infirmes et d'invalides, que de préjugés répandus encore à son égard dans le public! Nous voudrions dire, dans le public non médical, si dans ces derniers temps des médecins ne s'étaient attelés au char d'un mathématicien pour faire de la vaccine le bouc émissaire de la propagation de certaines maladies, qui s'explique cependant assez bien par les conditions nouvelles où se trouvent de nos jours le travail et l'industrie. Mais c'est surtout dans le public non médical que règnent encore beaucoup de préjugés, et l'un des plus enracinés est certainement celui qui tend à faire croire que le virus vaccin est susceptible de transmettre à la personne que l'on vaccine une maladie contagieuse provenant de l'individu qui a fourni le fluide vaccinal. La syphilis, la gale, la scrofule, voilà les maladies que le public accuse le vaccin de transmettre; mais à des accusations aussi vagues, la médecine ne répond que par les services que rend chaque jour la précieuse découverte de Jenner. Toutefois, lorsqu'il se produit dans un journal médical, si obscur qu'il soit, un fait propre à encourager de pareilles croyances, à donner un corps à des convictions aussi malheureuses, c'est un devoir pour la presse d'intervenir et de juger la valeur d'assertions en opposition avec les faits les mieux établis.

Le fait dont nous allons parler a été publié par un journal belge, le Scalpel, qui l'a emprunté à une gazette allemande; et, ce qui en infirme jusqu'à un certain point l'authenticité, il ne se produit sous la responsabilité directe de personne. C'est du reste un de ces faits de jurisprudence criminelle qui témoignent qu'en Allemagne, comme en beaucoup d'autres pays, les magistrats ne sont pas très-difficiles sur le chapitre des preuves, et mettent au besoin la justice au service des préjugés qu'ils partagent avec le vulgaire. Qu'on en juge. Un médecin de la Haute-Franconie a été condamné d'abord à une année, puis à deux années, puis, en dernière instance, à six mois de prison dans une forteresse, pour avoir vacciné plusieurs enfants avec du vaccin pris sur un enfant qui avait des boutons sur la figure et sur le corps. Or, qu'est-il arrivé, à ce qu'il paraît? Huit de ces enfants sont devenus malades après un temps plus ou moins long, et ont présenté les différentes formes de syphilis secondaire. Des témoins sont venus déclarer que l'inoculation n'a pas été suivie de belles pustules bien développées, mais de vésicules purulentes insignifiantes, qui étaient elles-mêmes entourées, sur plusieurs points, de vésicules plus petites, qui crevèrent avant le temps, en laissant des ulcérations très-longues à guérir. Mais la chose la plus étrange dans ce fait déjà si extraordinaire, c'est que neuf grandes personnes qui avaient donné des soins à ces enfants furent infectées, et eurent des abcès, des pustules purulentes, des condylomes, etc.; il en fut ainsi de la mère de l'un d'eux, qui eut en outre sur les bras des ulcérations très-larges et très-profondes, pour avoir porté son enfant et s'être trouvée en contact avec les sécrétions continuelles de celui ci, après quoi elle fut atteinte de syphilis générale. Quant à l'auteur de tout ce mal, c'était un enfant dont la mère était guérie, mais avait eu la maladie vénérienne avant la conception.

En face d'assertions aussi étranges

et aussi discordantes, on reste naturellement stupéfait de la crédulité du tribunal de Bamberg. Eh quoi! s'il y a un fait scientifiquement bien établi, c'est certainement celui-ci, que le vaccin ne peut s'allier à aucun autre virus, ne peut transmettre aucune maladie soit aiguë, soit chronique, contagieuse ou non contagieuse. Pour renverser une proposition fondée sur une aussi large observation, que de questions il eût fallu résoudre! Établir la nature syphilitique des accidents du premier enfant, prouver que les grandes personnes qui avaient été en contact avec les enfants et qui ont présenté des accidents vers les parties génitales n'étaient pas elles-mêmes infectées depuis plus ou moins longtemps; expliquer enfin comment, sur ce grand nombre d'enfants vaccinés, huit seulement ont présenté des accidents syphilitiques. Le tribunal de Bamberg s'est contenté de témoignages plus ou moins désintéressés et, de sa propre autorité il a résolu contre la science le problème de la transmission des maladies contagieuses par le vaccin. Si le fait est vrai, ce dont il nous est bien permis de douter encore, nous plaignons sincèrement les justiciables d'un pareil tribunal, et nous ne pouvons que regretter que des journaux scientifiques aient pu propager un pareil fait en Europe, sans vérifier aux sources son exactitude et son authenticité.

VARIÉTÉS.

Exposition de l'industrie. — Arsenal médico-chirurgical.

Nouvel instrument pour la compression des carotides.

Si la compression des carotides n'a pas fourni de résultats bien importants et bien certains dans la pratique chirurgicale, il n'est pas douteux que la pratique médicale lui doit, au contraire, des succès extrêmement remarquables; et, soit dit en passant, comment ne pas s'étonner de voir tomber si rapidement dans le discrédit et dans l'oubli des moyens d'une efficacité aussi éprouvée que la compression carotidienne? Il n'y a pas encore vingt années que retentissait devant l'Académie des sciences, au sujet de cette compression, un débat de priorité entre trois hommes justement estimés, et que l'un des critiques, dont la médecine regrette la perte récente, Dézeimeris, venait, par une exposition d'une lucidité remarquable, clore le débat, en restituant aux médecins du siècle dernier, à Parry, de Bath, en particulier, l'honneur d'avoir introduit cette pratique dans la thérapeutique. Or, il semble que la compression carotidienne, un moment galvanisée par cette discussion, soit rentrée de nouveau dans l'oubli. Qui donc, à l'exemple de Parry, de Liston, etc,, traite encore aujourd'hui les névralgies de la face par cette compression? Qui donc combat ainsi, de nos jours, les convulsions, à l'exemple d'Autenrieth et de M. Trousseau; le délire aigu et chronique, comme l'ont fait jadis Parry et Bird; l'épilepsie, comme Earle l'a fait, dit-on, avec succès; la fièvre cérébrale, comme M. Blaud l'a tenté si heureusement, il y a déjà bien des années? Personne, ou presque personne; et si M. Fleming vient récemment d'appeler l'attention sur ce moyen, dans le but de produire le sommeil et l'anesthésie, n'y a-t-il pas lieu de craindre que cette galvanisation d'un moment n'ait pas de résultats plus durables que celles qui l'ont précédée?

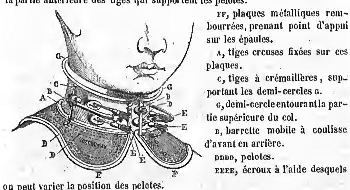
Faut-il en accuser seulement l'inconstance des médecins, ou bien ne convient-il pas de tenir un certain compte des difficultés assez sérieuses que présente l'emploi d'un pareil moyen? Nous voyons, en effet, tous les auteurs donner le précepte de se servir des doigts pour établir cette compression, et M. Fleming lui-même indique comme le meilleur procédé opératoire de placer le pouce de

chaque main sur l'angle de la mâchoire inférieure, et, quand on sent l'artère, de presser d'avant en arrière, de manière à y suspendre la circulation, le malade étant couché et la tête un peu portée en avant, pour relâcher la peau. Une compression de ce genre ne peut guère être continuée longtemps; cela réclame d'ailleurs l'intervention continuelle du médecin, toutes choses peu favorables à la généralisation du moyen, comme à une étude un peu approfondie de sa valeur et de son cercle d'application.

Une ingénieuse application que M. Charrière fils vient de faire du collier pour le torticolis à cette compression des artères nous paraît réaliser un très-grand progrès, en ce qu'elle permet de continuer cette compression aussi longtemps qu'on le désire, sans faire souffrir le malade, en graduant la pression d'une manière convenable et en variant à volonté les points sur lesquels on le pratique. Cet instrument se compose, ainsi que le montre la gravure ci-dessous, de deux plaques métalliques FF, rembourrées et garnies de peau, cambrées transversalement et échancrées pour s'adapter sur les épaules et embrasser circulairement la base du cou; elles sont unies en arrière par une charnière verticale qui permet de les écarter pour les placer autour du cou; au milieu du bord interne de ces plaques sont fixées deux tiges creuses A, munies de crémaillères, dans lesquelles glissent deux autres tiges C. Ces deux dernières sont fixées aux deux demi-cercles GG, qui embrassent la partie supérieure du cou.

On peut élever ou abaisser ces deux dernières à volonté, à l'aide de la crémaillère et d'une clef à pignon; un ressort les fixe au degré convenable.

Une barrette B horizontale, mobile, est fixée sur la tige creuse latérale par une vis de pression, de sorte qu'on peut à volonté la pousser en arrière ou l'attirer en avant. Cette barrette porte deux pelotes DD, destinées à comprimer l'artère carotide. On varie la position des pelotes au moyen des écrous EE placés à la partie antérieure des tiges qui supportent les pelotes.



FF, plaques métalliques rembourrées, prenant point d'appui sur les épaules.

A, tiges creuses fixées sur ces plaques.

C, tiges à crémaillères, supportant les demi-cercles G.

G, demi-cercle entourant la partie supérieure du col.

B, barrette mobile à coulisse d'avant en arrière.

DDDD, pelotes.

EEEE, écroux à l'aide desquels on peut varier la position des pelotes.

L'instrument de M. Charrière permet, comme on le voit, de comprimer à volonté, avec des degrés de force variables et sur un ou plusieurs points, les deux carotides, ou une seule de ces artères. Il faut savoir, en effet, que la compression des deux carotides est loin d'être indispensable dans tous les cas. Dans un cas de convulsions épileptiques, de névralgie affectant presque toujours un seul côté du corps, il suffit souvent d'interrompre la circulation du sang dans un des hémisphères cérébraux; et dans les cas où cette compression d'un côté est insuffisante, on peut, à l'aide de cet appareil, se conformer au précepte que nous avons donné, il y a déjà bien des années, de commencer par comprimer le vais-

seau du côté opposé aux plus violentes convulsions, sauf à interrompre la circulation quelques minutes plus tard dans l'autre hémisphère cérébral. Avant peu, nous l'espérons, grâce à l'appareil de M. Charrière, la compression carotidienne aura été expérimentée assez longtemps et sur une assez grande échelle, pour fixer définitivement l'opinion du public médical sur la place qu'elle doit occuper dans la thérapeutique.

Sur l'introduction du riz dans la fabrication du pain.

L'élévation du prix du blé a suggéré à plusieurs boulangers l'idée de faire entrer dans la fabrication du pain quelques substances alimentaires d'une moindre valeur : la betterave, la pomme de terre, le riz. Ces mélanges peuvent-ils avoir les bons effets qu'on s'en est promis, et l'économie qui en résulterait pour les classes laborieuses ne serait-elle pas rendue fictive par l'infériorité de l'aliment et par la nécessité où elles seraient d'en consommer une plus grande quantité? Cette question devait naturellement se présenter aux hommes intelligents placés à la tête de l'administration ; ils ont dû se préoccuper de ces tentatives d'innovation, et mettre les hommes compétents en demeure de donner leur opinion à cet égard. L'extrait suivant d'un rapport de M. J. Girardin au Conseil de salubrité de Rouen, publié par l'Ami des sciences, tranche la question à l'égard de l'introduction du riz.

Voici en quels termes s'exprime ce savant chimiste : Le sieur *** mélange à la farine de pur froment un dixième de son poids de farine de riz, de sorte que le sac de farine se compose de :

Farine de froment	141 kilogr.	30
— de riz	15 »	70
Total	157 kilogr.	»

poids du sac ordinaire.

Il fait cuire la farine de riz dans l'eau jusqu'à ce qu'elle soit convertie en bouillie, puis il la mêle dans le pétrin avec la farine de blé et le levain. Il cuit ensuite ce pain à la manière habituelle.

Le sac de cette farine mixte de blé et de riz lui fournit par la cuisson 215 kilogr. de pain, c'est-à-dire 15 kilogr. 08 de plus que le sac de pur froment.

Le pain mixte est d'excellent goût, et ne peut être distingué du pain ordinaire ; il est seulement un peu pâteux et moins léger.

Voici sa composition, rapprochée de celle du pain blanc de Rouen :

Pain blanc ordinaire.		Pain mixte de blé et de riz.	
Eau	32,70	Eau	37,90
Matières organiques	66,80	Matières organiques	60,31
— minérales	0,50	— minérales	1,79
	100		100
Azote pour 100 parties de pain frais :	1,56		1,38

On voit que le pain mixte contient notablement plus d'eau et moins d'azote que le pain blanc ordinaire ; il est donc, en raison de ces deux circonstances, bien moins nutritif que ce dernier. En représentant par 100 le pouvoir nutritif du pain de pur froment, l'équivalent du pain mixte serait représenté par 112,35, ce qui revient à dire que, pour se nourrir au même degré, il faudrait remplacer 100 kilogr. de pain blanc ordinaire par 112,35 de pain mixte de riz.

Le prix du pain ordinaire étant de 46 c. le kilogr., et le sieur *** se proposant de vendre à 42 c. le kilogr. de son pain, on voit que le consommateur éprouverait une perte en faisant usage de ce dernier, puisque payant 46 fr. les

100 kilogr., il payerait 47 fr. 18 c. les 112 kilogr. 35 de pain mixte qui lui seraient nécessaires pour être bien nourri.

Je ne crois donc pas que, dans ces circonstances, il y ait lieu de permettre au sieur *** de fabriquer et de vendre ce pain mixte de riz, la différence de 4 c. par kilogr. sur ce prix de vente étant insuffisante, eu égard à la différence qui existe entre le pouvoir nutritif de ces deux pains.

Par décret impérial du 4 juillet, M. Natalis Guillot a été nommé professeur titulaire de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes vient d'être réorganisée à son tour ; sont nommés : *Professeurs titulaires*. Anatomie et physiologie, M. Lafond ; pathologie et médecine opératoire, M. Gély ; clinique externe, M. Marchand ; pathologie interne, M. Sallion ; clinique interne, M. Thibeaud ; accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Legouais ; matière médicale et thérapeutique, M. Delamarre ; pharmacie et toxicologie, M. Pihan Dufeillay. *Professeurs adjoints* : clinique externe, M. Letenneur ; clinique interne, M. Bonamy ; anatomie et physiologie, M. Hélie. *Professeurs suppléants* : pour les chaires de médecine proprement dite, M. Marcé ; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Marot ; chef des travaux anatomiques, M. Chenantais ; prosecteur, M. Ecorchard ; préparateur de pharmacie et de toxicologie, M. Jouen. — M. Lafond est nommé directeur de l'École.

D'après les journaux espagnols, le choléra tend plutôt à diminuer qu'à faire de nouveaux progrès dans les diverses localités où il s'était manifesté depuis quelques mois. Cependant, à peu de jours de distance, il a enlevé deux médecins distingués, l'un professeur de médecine, l'autre professeur de pharmacie à Loranca (province de Guadalajara).

Le fléau a pris plus d'extension en Italie. Depuis l'invasion de l'année passée, le choléra n'a jamais été complétement éteint dans la Romagne : il s'est assoupi pendant quelque temps en Toscane ; il a paru de nouveau, et a pris domicile dans différentes parties du Piémont. Le *Raccoglitore medico di Fano* nous apprend que, jusqu'au 13 juin, on comptait dans cette ville 68 cas et 32 décès cholériques depuis le début de l'épidémie. Il ajoute que, parmi les localités de l'Italie nouvellement atteintes, on doit compter Saltara et Monbaroccio. A Ancône, il y a eu quelques cas ; à Borgo di Porta Pia et à Macerata, il y a eu une exacerbation notable du fléau. Dans les provinces de la Romagne, la maladie n'a pas fait de grands progrès. Il en est heureusement de même à Venise et à Padoue, où le choléra s'est montré depuis le commencement de mai, et où il persiste, sans faire de grands progrès.

En Crimée, la recrudescence cholérique qui s'était manifestée d'une manière notable en juin diminue chaque jour, et l'état sanitaire de l'armée s'améliore.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort de M. le docteur Valleix, médecin de la Pitié. Notre savant collaborateur succombe, à l'âge de quarante-neuf ans, aux suites d'une angine couenneuse, dont les soins les plus éclairés n'ont pu enrayer la marche rapide. Il avait pris le germe de cette affection près d'un enfant de sa clientèle ; c'est donc une nouvelle victime à inscrire au martyrologe de notre profession.

Pour les articles non signés. E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Clinique de l'opium,

Par le professeur Forget, de Strasbourg.

Dans les révolutions scientifiques, tout comme dans les autres, on commence par attaquer les actes, puis les hommes, les faits, puis les principes, et l'on arrive promptement à vouer au mépris les noms les plus vénérables et les dogmes les plus révérés. Il est vrai que, par compensation, on élève sur le pavois des hommes nouveaux et des idées nouvelles, ayant soin de choisir ceux ou celles qui paraissent le plus antipathiques au parti vaincu : cette condition obtenue, on se montre peu difficile sur le choix. Voyez, par exemple, ce qui se passe aujourd'hui à l'égard de certains remèdes acceptés jusqu'à ce jour comme héroïques; je n'en citerai que deux : la saignée, dont on s'acharne à faire un objet d'effroi pour la génération actuelle, et l'opium, tant discrédité par l'humorisme moderne. C'est de l'opium que nous allons nous occuper, dans le but de lui rendre la place dont on l'a chassé, au détriment de la science et de la pratique, c'est-à-dire de l'humanité.

Jamais plus bel éloge, institué par un plus beau génie, ne fut formulé à la gloire d'un médicament que celui proclamé par Sydenham en faveur de l'opium. Ecoutez : « Entre tous les remèdes dont le Dieu tout-puissant a fait présent aux hommes, il n'en est point de plus universel ni de plus efficace que l'opium..... Tous ceux qui jugent des choses par l'expérience seront persuadés que les merveilleux effets de l'opium doivent être attribués à l'excellence naturelle de la plante qui le produit, et non pas à l'adresse ingénieuse de l'ouvrier qui le prépare. Ce remède est d'ailleurs si nécessaire à la médecine qu'elle ne saurait absolument s'en passer, et un médecin qui saura le manier fera des choses surprenantes ; car ce serait être peu instruit de la vertu de celui-ci que de l'employer seulement pour procurer le sommeil, calmer la douleur et arrêter la diarrhée; l'opium peut servir dans plusieurs autres cas. C'est un excellent cordial, etc. »

Voilà ce que dit ce grand Sydenham, dont le nom est aujourd'hui dans la bouche d'une foule de gens parfaitement ignorants de ses œuvres, et qui l'exaltent pour obéir à la mode, sans se douter qu'ils lui font outrage par leurs opinions et par leurs actes.

Je ne rappellerai point ici tant d'autres praticiens illustres qui ont

sanctionné la pensée de Sydenham, je me bornerai à citer une des lumières de l'Allemagne, Hufeland, qui, après cinquante ans de pratique, a traité spécialement de l'opium comme d'une des branches du trépied thérapeutique (dont les deux autres seraient la saignée et l'émétique). Je ne fais qu'opiner après ces grands maîtres, en déclarant, à mon tour, que trente-cinq ans d'exercice et vingt ans d'enseignement clinique m'ont inculqué les mêmes convictions à l'égard d'un remède sans lequel, moi aussi, je renoncerais à traiter bon nombre de maladies.

Et d'abord, je pense avec Sydenham que l'opium, ainsi que d'autres médicaments actifs : le mercure, le fer, l'arsenic, etc., ne doit son efficacité qu'à lui-même, et non pas aux préparations diverses préconisées par leurs inventeurs. En donnant la préférence à son laudanum, Sydenham dit expressément qu'il ne lui reconnaît d'autre avantage que celui d'une facile administration. C'est ainsi que, pour ma part, je préfère généralement les sels de morphine ; mais en traitant de l'opium j'entends comprendre toutes les formes sous lesquelles il peut être administré.

Je ne prétends point édifier une monographie : mon but est tout simplement d'exposer brièvement les produits de mon expérience personnelle dans les maladies principales qui me paraissent indiquer l'emploi de ce médicament ; et, pour procéder avec ordre, je passerai successivement en revue les principaux appareils de l'économie.

Sans entrer dans les profondeurs de la théorie, je dois dire en quelques mots l'idée qu'il convient de se faire du mode d'action de l'opium. Il ne s'agit point ici d'action intime, occulte, mais d'action patente et positive. Or, il est manifeste que l'opium agit essentiellement sur l'élément nerveux vicié ; que cette viciation se manifeste par la douleur, le spasme ou le délire. C'est un sédatif direct, le sédatif par excellence. C'est toujours comme sédatif qu'il agit, même lorsqu'il modifie les flux humoraux, effet indirect, secondaire, qui a pu le faire considérer comme un astringent primitif, ce qui est une grosse erreur en physiologie thérapeutique. Ceci posé, il est clair que l'effet sédatif pourra varier ou même faire défaut, selon les circonstances ; ainsi l'exaltation nerveuse consécutive à la fluxion sanguine, à l'inflammation, contre-indique, dit-on, l'opium, sous prétexte que lui-même est un agent fluxionnaire, qu'il détermine la stase du sang dans les capillaires. Sans contester le principe, je ferai valoir les exceptions, et nous verrons bon nombre d'affections fluxionnaires où pourtant l'opium rend des services éminents. Ici la pratique emporte la théorie, ou, du moins, la théorie n'exclut pas rigoureusement la

pratique. C'est la doctrine des éléments qui nous donnera la clef de ces apparentes anomalies.

A part la fluxion, on a posé comme contre-indication les cas où un principe morbide existant dans l'économie veut en être éliminé, exemple : le choléra. Mais le nouveau point de vue est souvent très-hypothétique, tandis que l'effet salutaire de l'opium, même dans ces cas, ressort évidemment de l'observation pure.

Le triomphe incontestable de l'opium se rencontre dans les cas de lésion primitive, isolée de l'élément nerveux, dans les névroses dites essentielles. La névrose peut exister avec excès ou avec défaut de forces, avec hyperdynamie ou adynamie. En tant que tonique et cordial, comme disait Sydenham, et comme Brown le proclame dans son *me herclè! non sedat*, l'opium a plus de chances de succès dans l'adynamie; mais ici encore l'observation fait loi, et constate l'efficacité de l'opium même dans l'hyperdynamie. Voici, je crois, dans toute sa simplicité et sa compréhensibilité, la théorie pharmacodynamique positive de l'opium.

L'opium agissant toujours sur l'élément nerveux, et les affections nerveuses étant celles qui le réclament essentiellement, c'est par l'appareil nerveux qu'il est rationnel de débuter dans l'exposition de ses effets thérapeutiques.

§ I. *Appareil cérébro-spinal.* — Les *phlegmasies* de l'encéphale contre-indiquent l'opium. Telle est la règle classique, règle fondée sur l'expérimentation physiologique, laquelle constate que l'opium congestionne les hémisphères cérébraux. Néanmoins, ne peut-il pas se faire qu'à certaines périodes, au début, à la fin, ou lorsque prédomine l'élément nerveux (douleur, spasme, délire), l'opium puisse être administré avec quelque avantage? Telle est l'idée qui me détermina, lorsque, en 1841, je me décidai à traiter la méningite épidémique par l'opium, idée qui germait en même temps dans l'esprit d'un habile praticien d'Avignon, M. Chauffard. Toujours est-il que lui et moi nous obtînmes des résultats heureux de cette médication, dont l'efficacité a été depuis confirmée par d'autres observateurs et par moi-même dans la méningite sporadique; ce qui démontre, pour le dire en passant, que l'épidémie n'offrait rien de spécifique sous ce rapport. Ce furent les cas accompagnés de douleurs intenses et de fortes convulsions qui me déterminèrent; ce sont aussi ceux-là qui indiquent le plus rationnellement l'opium, lequel n'agirait probablement pas aussi efficacement dans les cas de simple coma. Sydenham, lui aussi, guérissait également par l'opium la *frénésie* concomitante des fièvres de 1661, et il dit fort judi-

cieusement ailleurs que c'est là le moyen de prévenir le coma consécutif au délire ; il combattait même ainsi le délire accompagné du coma. Voilà de précieux errements pratiques qui étaient à peu près perdus, et qu'il nous paraît très-utile de rappeler.

Que si l'opium échoue dans l'hydrocéphale aiguë, la méningite tuberculeuse, l'encéphalite pulpeuse, le ramollissement, l'apoplexie sanguine et séreuse, etc., c'est qu'évidemment ici le substratum organique, la lésion matérielle, sont au-dessus d'un moyen simplement dynamique tel que l'opium. Et encore, dans les *lésions organiques* confirmées (tubercule, cancer, tumeurs et dégénérescences diverses), les éléments douleur, convulsion, délire, peuvent être parfois heureusement modifiés par l'opium, à titre d'excellent palliatif.

C'est spécialement dans les *névroses* encéphaliques que l'opium trouve ses indications les plus naturelles ; ainsi, dans la simple céphalalgie, la migraine idiopathique, dans le délire nerveux des opérés, comme dans celui des ivrognes, l'opium est directement indiqué et procure des guérisons merveilleuses, lorsqu'on sait l'appliquer avec hardiesse et discernement. Ce sont là des faits de pratique vulgaire.

Jusqu'ici, les aliénistes ont semblé trop redouter les opiacés dans le traitement de l'*aliénation mentale*, craignant sans doute les effets congestionnels de ces remèdes. Il paraît cependant qu'ils reviennent un peu de cette frayeur, et les journaux nous ont transmis, dans ces derniers temps, plusieurs travaux en faveur des narcotiques dans le traitement de la folie. Je n'hésiterais pas, pour ma part, à traiter par l'opium le délire nerveux par excellence, et je pourrais rapporter quelques faits de délire maniaque dompté, pour ainsi dire, par l'opium à dose narcotique.

Il suffit de rappeler les services rendus par l'opium dans d'autres névroses, telles que la chorée, l'hystérie, contre laquelle Sydenham en faisait largement usage ; le tétanos, qu'il guérit quelquefois, etc. Que, parmi ces affections, il se trouve beaucoup de cas rebelles ; c'est là l'histoire de tous les remèdes appliqués à ces mêmes maladies, et ces insuccès s'expliquent souvent par l'incurabilité même des lésions matérielles concomitantes.

Quant aux maladies des nerfs, et surtout aux *névralgies*, personne n'ignore que l'opium *intùs et extrà* en est le remède le plus efficace, à condition qu'on en usera largement jusqu'à production de torpeur ou de léger narcotisme. C'est pour en faire une application trop timide qu'on voit tant de praticiens y renoncer pour recourir à des moyens beaucoup plus précaires.

Relativement aux maladies des organes des sens, on sait les ressources précieuses que procure l'opium dans le traitement des *maladies des yeux* (conjonctivite, kératite, ulcères et taches de la cornée, photophobie, douleurs diverses). Il en est de même des *maladies de l'oreille*, et spécialement de l'otalgie, en tant que symptôme commun de ces maladies auriculaires, dont la plupart sont encore enveloppées de tant d'obscurité. Quant aux *affections de l'organe de l'odorat*, les applications de l'opium sont peut-être plus restreintes. On sait combien sont variés et impuissants les moyens scientifiques et populaires employés contre le coryza. Or, j'ai rencontré quelque part un remède abortif de cette affection, qui tout d'abord m'a inspiré confiance, et dont j'ai fait depuis maintes fois l'application avec succès au début même de la maladie: c'est une solution d'opium (10 centigram. pour 15 gram. d'eau), que le malade *renifle* de deux en deux heures. Les *maladies de l'organe du goût* (de la bouche) n'offrent rien de bien particulier, relativement à la médication opiacée; cependant, la stomatite érythémateuse, les aphthes douloureux, l'odontalgie surtout, l'angine gutturale et la salivation mercurielle sont souvent combattus avec avantage par les collutoires sédatifs. Le vaste champ des *maladies de la peau* comporte d'assez nombreuses applications de l'opium, eu égard à la fréquence de l'élément douleur dans ces maladies : le prurit de l'eczéma, du ptyriasis, du prurigo, du lichen, les vives douleurs du zona. Dans la brûlure, de certains ulcères cutanés réclament l'emploi des opiacés à dose suffisante, sans préjudice des autres moyens indiqués.

Jusqu'ici, nous trouvons peu d'opposition dans la pratique moderne; il n'en est pas de même des maladies de l'ordre suivant.

§ II. *Appareil digestif.* — C'est plus particulièrement sur le terrain des maladies de l'appareil digestif que se produisent les dissentiments à l'endroit des indications de l'opium, et c'est ici surtout que nous aurons à combattre en faveur de principes trop légèrement sacrifiés à d'ambitieuses excentricités.

La *gastralgie*, cette heureuse rivale de la gastrite broussaisienne, qu'elle a victorieusement supplantée depuis le livre de Barras, praticien obscur qui lui doit sa célébrité; la gastralgie, si commune, soit comme affection idiopathique, soit comme symptôme de l'anémie, de la chlorose, de l'hystérie, voire même de certaines lésions organiques dont elle est la complication; la gastralgie est le champ de prédilection des sédatifs et de l'opium en particulier, en tant que moyens de combattre directement l'élément douleur. Certaines difficultés théoriques se présentent néanmoins : c'est d'abord que,

dans le cas de coexistence de l'élément inflammatoire ou même saburral, l'opium pourrait être contre-indiqué; c'est qu'ensuite l'opium pourrait avoir pour effet de narcotiser l'estomac et d'entraver les digestions, de produire même le vomissement *per se*; de là le précepte de n'administrer l'opium qu'avec réserve dans l'état d'intégrité et de vacuité du ventricule.

La crainte de la gastrite concomitante ne préoccupe guère la génération actuelle; il n'en est pas de même de l'état saburral, renouvelé des anciens, pour faire pièce à la doctrine physiologique. Cette dernière contre-indication n'est peut-être pas sans valeur, mais elle n'est pas absolue. J'ai traité récemment un homme de soixante ans, officier supérieur, préoccupé de graves affaires, et qui était affecté de dyspepsie, avec bouche très-saburrale, pesanteur et douleur à l'épigastre, selles irrégulières, pouls petit, peu fréquent, peau fraîche, céphalalgie nocturne, etc., et l'ai guéri, comme par enchantement, en lui prescrivant une pilule contenant dix centigrammes d'extrait de jusquiame et cinq milligrammes de chlorhydrate de morphine, à prendre matin et soir. Je ne prétends pas qu'un vomitif ne fût rationnellement indiqué, mais les éléments gastralgie, céphalalgie et diarrhée m'ont déterminé en faveur des sédatifs, et je m'en suis bien trouvé.

Quant aux indigestions et aux vomissements produits par l'opium pris par le haut, le fait est positif en tant qu'il y a plénitude de l'estomac à l'état sain; mais d'abord, cet effet n'est pas constant: il me paraît résulter de doses trop fortes; il est très-rare dans l'état de vacuité; enfin, les choses se passent tout autrement dans les cas de gastralgie. Les esprits se sont tellement apprivoisés sur ce point, qu'on ne craint pas aujourd'hui d'opposer les opiacés à la gastralgie qui accompagne la première période de la digestion. Sydenham avait déjà fait remarquer, au sujet de l'hystérie, que l'opium est le meilleur moyen de prévenir le *vomissement produit par la douleur*. Toujours est-il que j'ai vingt fois réussi à soulager des malades et à favoriser la digestion en administrant des doses réfractées de sels de morphine, aussitôt que la douleur se produit, fût-ce même immédiatement après le repas. A l'imitation du docteur Sandras, je prescris alors la potion suivante:

Pr.	Chlorhydrate de morphine........	0,05	centigrammes.
	Eau de tilleul....................	60	grammes.
	Sirop de fleurs d'oranger.........	15	grammes.

Mêlez. — A prendre une ou deux cuillerées à café. Je n'ai pas

souvenance que le vomissement s'en soit suivi. Cette pratique mérite certainement d'être généralisée.

Les *vomissements spasmodiques*, soit idiopathiques, soit symptomatiques de l'hystérie, de la grossesse et autres affections, font souvent le désespoir des praticiens, et peuvent, comme on sait, entraîner la mort. L'opium figure bien parmi les remèdes usités dans ces cas, mais on l'emploie généralement avec trop de timidité. Ecoutez ce que dit Sydenham : « Quelque nécessaire que soit le laudanum dans les douleurs hystériques, il l'est encore davantage dans les grands vomissements. Il en faut alors une *dose très-forte,* et qui soit *souvent réitérée,* c'est-à-dire après chaque vomissement, sans quoi le remède est rejeté par en haut avant que d'avoir eu le temps d'opérer. La forme qui convient alors est principalement la forme solide... On engagera le malade à rester tranquille, et surtout à tenir la tête immobile, parce que le moindre mouvement de la tête est capable, plus que toute autre chose, d'exciter le vomissement... Ces symptômes étant surmontés, on continuera encore durant quelques jours, soir et matin, l'usage du narcotique, afin de prévenir la rechute. » (P. 430.) Sydenham, vous le voyez, ne redoutait pas les propriétés vomitives de l'opium. Cette méthode diffère, on en conviendra, de celle généralement usitée ; il vaut la peine d'en essayer.

La *colique nerveuse* sèche réclame ostensiblement l'usage de l'opium, le plus puissant des palliatifs en pareil cas. Personne n'ignore non plus l'efficacité de l'opium uni aux purgatifs, et même isolé dans la *colique saturnine.* Point de contestation à cet égard.

Depuis un temps immémorial, l'opium était réputé le remède par excellence contre la *diarrhée* et les *flux de ventre* de toute espèce. Nous avons éprouvé le besoin de changer cela, et aujourd'hui on préfère généralement à l'opium des remèdes tout différents. Il y a plus, on le proclame imperturbablement comme dangereux dans la plupart des cas. Dans la diarrhée simple, ce sont les purgatifs (sels neutres), les éméto-cathartiques (ipéca), les astringents (ratanhia, colombo, simarouba), la noix vomique, le sous-nitrate de bismuth, etc., que l'on place en première ligne, et l'on semble n'admettre l'opium qu'à contre-cœur et en désespoir de cause. Je ne nie pas que les moyens précédents ne puissent produire et ne procurent en effet de beaux résultats, et maintes fois moi-même en ai fait l'heureuse expérience ; mais au lieu de placer ces agents perturbateurs, empiriques en première ligne, je les réserve, au contraire, pour les cas exceptionnels, pour ceux où les moyens rationnels, l'opium en tête, viennent à manquer leur effet. J'ai vingt fois rencon-

tré et signalé à mes auditeurs, dans le cours de mon enseignement clinique, de ces diarrhées rebelles, qu'on avait inutilement combattues par tous les moyens, excepté l'opium, et où l'opium procurait des guérisons d'une promptitude merveilleuse. Commencez donc par les antiphlogistiques, puis administrez l'opium; les autres moyens viendront, mais à la suite.

C'est particulièrement dans la *dyssenterie* que les anciens admettaient comme article de foi l'efficacité de l'opium. C'est à propos de la dyssenterie que Sydenham entonne l'hymne de louanges que nous avons placé en tête de ce travail. Eh bien ! les idées à cet égard sont tellement perverties, qu'aujourd'hui l'opium est devenu un remède exceptionnel, signalé même comme dangereux, en vertu des idées en vogue à l'endroit des flux salutaires. C'est au point qu'il y a quelques années, des observateurs, rendant compte dans un journal d'une épidémie de dyssenterie à laquelle ils avaient eu la hardiesse d'opposer l'opium, s'ébahissaient profondément des succès qu'ils en avaient obtenus, merveille qu'il ne pouvait expliquer autrement que par le *génie exceptionnel* de cette épidémie! Certes, l'opium demande à être appliqué à propos et avec prudence dans la dyssenterie comme ailleurs; mais lorsqu'on a combattu l'excitation initiale par les antiphlogistiques directs, quoi de plus rationnel que d'en venir à l'emploi de l'opium? La dyssenterie, quoi qu'on en dise, comprend deux éléments flagrants : l'inflammation et le spasme, manifestés par le ténesme, sans compter la douleur ou les tranchées. Or, l'élément spasme, comme l'élément douleur, indique directement et forcément, en quelque sorte, l'emploi des sédatifs. Si l'opium ne réussit pas toujours et d'emblée, c'est la faute de la maladie, qui est trop intense, du malade, qui commet des excès, du médecin, qui opère mal ou à contre-temps; mais l'indication n'en existe pas moins comme un des principes les mieux avérés de la science et de l'art. Ici donc, mêmes considérations que pour la diarrhée, à cela près de la gravité, de l'opiniâtreté du mal, qui oblige quelquefois, en effet, à recourir aux moyens accessoires, parmi lesquels nous signalerons volontiers les laxatifs huileux, le sous-nitrate de bismuth, le nitrate d'argent, ce précieux modificateur des muqueuses. Quant à la méthode polypharmaque des Anglais, qui associent le calomel à l'ipéca, et tous les deux à l'opium, notre expérience nous oblige à la signaler comme un procédé routinier bien au-dessous de sa renommée, lequel doit peut-être ses quelques succès à l'addition de l'opium. C'est mon opinion positive à l'égard de la poudre de Dower, qui contient une grande proportion d'opium. Quant à la dyssenterie paludéenne, celle de

l'Afrique, dont le remède héroïque et spécifique serait le quinquina, je crois qu'ici encore il y a confusion, et que si l'élément général intoxication réclame l'antipériodique, l'élément dyssenterie n'en admet pas moins, pour sa part, l'opportunité de l'opium : il y a passion aveugle à exclure l'un pour l'autre. Quoi qu'il en soit, la dyssenterie d'Europe ne s'accommode pas du tout de la panacée africaine.

Nous touchons à une question brûlante, la *diarrhée typhoïde*, ou de l'entérite folliculeuse, que de terribles logiciens s'obstinent à séparer de la lésion intestinale. On sait que les purgatifs sont aujourd'hui l'arche sainte, à laquelle il est interdit de toucher sous peine d'anathème. Eh bien ! aujourd'hui comme il y a quinze ans, je déclare cette méthode désastreuse dans ce genre de diarrhée. Trois faits tout récents, après nombre d'autres, me laissent encore de vifs regrets pour avoir accédé trop facilement au système dominant... Il serait trop long de les raconter, et, d'ailleurs, ils ne convertiraient personne. Voici sommairement ma pensée : la diarrhée dite typhoïde est le produit de l'inflammation et de l'ulcération intestinales. La diarrhée est un des plus redoutables éléments de la fièvre dite typhoïde. Il est indiqué de la supprimer le plus tôt possible, sans toutefois y substituer la constipation, qu'il faut combattre également, mais par les moyens les plus doux. Dans la diarrhée typhoïde, comme dans toute autre, l'opium est le remède qu'il faut préférer. Mais, dira-t-on, il y a des accidents cérébraux : coma, subdélire, et l'opium, qui porte à la tête, va les aggraver. Ainsi parle la théorie, mais les faits disent autrement. Déjà nous avons vu Sydenham recommander l'opium dans le délire, même dans le délire comateux. Un fait dont je viens d'être témoin dira mieux que tous les raisonnements ce qu'il faut craindre ou espérer de cette médication.

Fièvre typhoïde. — Délire violent et prolongé. — Opium à dose narcotique. — Coma. — Guérison prompte. — Dans une maison aisée, très-bien tenue, où pourtant deux cas de fièvre typhoïde venaient de se produire, une jeune dame, délicate, anémique, nerveuse, est prise, le 4 novembre 1854, après un refroidissement, de céphalalgie, courbature, mouvement fébrile surtout le soir, langue saburrale, anorexie, constipation; l'embarras gastro-intestinal est flagrant. Après plusieurs jours de ces symptômes, nous accédons aux désirs du médecin ordinaire en consentant à l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz. A partir de ce moment, la fièvre devient continue, la prostration oblige le malade à garder le lit, la somnolence avec rêvasseries et subdélire apparaît et s'exaspère vers le soir. Langue toujours saburrale, rouge sur les bords, un peu de météorisme et de gargouillement abdominal, sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite, constipation persistante, taches rosées à la base du thorax. (Boissons délayantes, lavements de lait miellé, cataplasme abdominal, eau froide sur le front.)

Cependant le délire s'accroît chaque soir davantage, et vers le dix-huitième jour, il prend la forme de manie furieuse et prolongée. Trois personnes suffisent à peine pour contenir la malade, qui s'agite violemment, et, par ses vociférations, met en émoi tout le voisinage. Il est évident que cette faible organisation ne saurait résister longtemps à une telle ataxie. L'éther est impuissant; les autres antispasmodiques, y compris le musc, ne nous inspirent aucune confiance. Nous allons droit au but et prescrivons l'opium (10 centigrammes dans eau de laitue, 80 grammes, sirop de fleurs d'oranger, 20 grammes) une cuillerée de quart en quart d'heure. Au bout de deux heures, le délire persistant, avec des rémissions cependant, nouvelle potion, dont la malade prend encore la moitié; total, 15 centigrammes d'extrait d'opium en trois heures. L'exaltation tombe, un sommeil calme s'établit. Pouls régulier à 90, respiration douce, peau tiède; il est neuf heures du soir. Le lendemain, le sommeil dure encore; vers midi, réveil, avec un peu de délire tranquille. Le reste de la potion est administré par cuillerées d'heure en heure (20 centigrammes d'opium en vingt-quatre heures). Nouveau sommeil, qui dure encore le lendemain tout entier et jusqu'au jour suivant, où la malade se réveille dans une douce quiétude. La liberté du ventre est entretenue par des lavements miellés et lactés. Nous sommes au vingt-deuxième jour, la fièvre est presque nulle, la langue se nettoie, l'appétit renaît; bouillon et potages. Convalescence le vingt-cinquième jour.

Quelle autre médication eût fait mieux, et surtout aussi promptement, à partir de l'administration du remède? Donc, ici du moins, les effets congestionnels encéphaliques, loin de se révéler autrement que par le narcotisme, résultat naturel de l'opium, ont fait place à un dégagement complet des facultés cérébrales, et nous avons lieu de croire qu'il en serait souvent ainsi dans les cas analogues.

Donc, l'état typhoïde (ataxo-adynamique) n'exclut pas l'opium; donc on ne doit pas craindre d'opposer l'opium à la diarrhée typhoïde.

A mesure que nous avançons, le litige paraît s'aggraver, et avec moins de fermeté dans nos principes nous n'aborderions qu'en tremblant cette question du *choléra,* source de tant de pitoyables extravagances. Si jamais ensemble de symptômes indiqua rationnellement 'opium, c'est certainement celui que présente le choléra, avec ses vomissements, sa diarrhée, ses tranchées, ses crampes, etc., sans préjudice pourtant des autres indications fournies par les autres éléments de la maladie. Aussi règne-t-il unanimité parmi les observateurs de tous les temps à l'endroit de cette médication. Que les temps sont changés! à en juger par le chaos et l'excentricité des opinions actuelles au sujet de cette fatale maladie. Que de chemin nous avons fait depuis 1832, époque où nous concevions l'utilité d'arrêter les grandes évacuations, notamment à l'aide de l'opium! Ces évacuations nous apparaissaient alors comme la cause formelle de l'épaississement du sang; aujourd'hui, nous les envisageons

comme des crises salutaires, d'où résulte l'élimination du principe morbide. Gardez-vous, nous dit-on, de renfermer le loup dans la bergerie ; et, en vertu de ce profond axiome, l'opium est proscrit comme funeste, et nous lui avons bravement substitué ce que nous redoutions tant il y a vingt ans, les évacuants intestinaux ! Demandez aux statistiques comparées de 1832, 1849 et 1854 ce que nous avons gagné à ce glorieux progrès ? Sydenham, lui aussi, craignait de *renfermer l'ennemi en dedans* en appliquant l'opium au début et aux cas légers, mais au moins ne donnait-il pas dans l'excès contraire, et dit-il expressément que donner les purgatifs, c'est *jeter de l'huile sur le feu.* Au demeurant, voici sa méthode, que je transcris comme le meilleur modèle à suivre encore, à l'époque où nous sommes : « Le malade boira coup sur coup plusieurs grands verres de décoction légère de jeune poulet, tiède, et, à son défaut, de petit-lait, et on lui donnera en même temps plusieurs lavements de la même décoction ; on peut ajouter aux boissons et aux lavements du sirop de laitue, de pourpier, de nénufar, etc. Après ce lavage, qui demande trois ou quatre heures, un *narcotique* terminera le traitement. »

Voilà pour les cas légers ; voyons pour les cas graves ceux qui, en 1669 comme en 1834, *faisaient assez souvent périr le malade en vingt-quatre heures* : « Mais si le médecin ne vient qu'après que les vomissements et les déjections ont réduit le malade aux abois, et que les extrémités soient déjà froides, il faut alors avoir recours au laudanum liquide, qui sera donné en plus forte dose, par exemple, 25 gouttes dans une once d'eau de cannelle ; et quand les symptômes seront apaisés, il ne faudra pas laisser de réitérer tous les jours ce remède, soir et matin, mais à dose moindre, jusqu'à ce que le malade soit rétabli. » Quelle simplicité ! quelle sage intuition de l'inutilité et des dangers de ce farrago de drogues violentes dont aujourd'hui nous accablons nos malades !

Mais, après l'argument du *loup*, en voici venir un autre, non moins péremptoire : c'est, dit-on, que l'opium congestionne le cerveau, prépare et détermine le coma, la prostration de la période réactionnelle. Ceci paraît raisonnable, mais il faut courir au plus pressé ; et la preuve que l'opium produit ces effets ? Où sont les chiffres comparés prouvant que la période de réaction qui suit vos méthodes incendiaires est plus bénigne, moins comateuse, moins délirante ? Ne confessez-vous pas que la réaction fait au moins autant de victimes que la période algide ? Le beau résultat pour accuser l'opium !

Il est un vice de raisonnement commun à la plupart des prati-

ciens, c'est de bannir brutalement les moyens qui ne produisent pas de brillants résultats, sans se demander si ceux qu'on leur substitue procurent des effets plus avantageux. On fait la guerre aux antiphlogistiques et à l'opium, parce qu'ils ne jugulent pas la fièvre typhoïde et le choléra graves, mais on se garde bien de faire observer que les autres moyens ne sont guère plus salutaires. Les causes intimes de ces inconséquences, les voici : c'est que d'abord il est de bon ton de guerroyer contre tout ce qui sent le rationalisme et de déprécier ce que l'on révérait naguère ; cela vous pose en esprit fort. Puis, imbus des idées de spécificité intronisées par l'empirisme, nous voulons trouver des remèdes spécifiques à tout symptôme qui se produit dans des conditions spéciales. Or, le vomissement et la diarrhée du choléra offrent des aspects différents des vomissements et de la diarrhée ordinaires ; donc... A merveille ! mais, au moins, pour appliquer un spécifique, faut-il savoir en quoi consiste la spécificité. Il est vrai qu'à cet égard la *folle du logis* ne manque pas de raisonnements spécieux ; le malheur est que chacun raisonne à sa manière. Quand donc serons-nous assez sages pour nous arrêter là où commencent les ténèbres, et pour nous dire : la diarrhée simple, la diarrhée dysentérique, la diarrhée typhoïde, la diarrhée cholérique sont des diarrhées différentes, il est vrai ; mais en quoi consistent essentiellement ces différences ? Jusqu'à solution du problème, contentons-nous de les combattre comme diarrhées, par les moyens dont l'expérience a constaté l'utilité. Or, l'opium est précisément le moyen reconnu le plus avantageux dans toute espèce de diarrhée. A l'appui de ces commentaires, je pourrais arguer de bon nombre de faits ; je pourrais rappeler que dans cette dernière épidémie rien ne m'a paru comparable à l'opium dans le traitement de la cholérine, et que je n'ai rien trouvé de mieux dans le choléra confirmé, y compris l'ipéca et la strychnine. Je ne crains pas d'en appeler aux consciences médicales des praticiens éclairés et modérés qui, après trois épidémies semées de tant de leçons cruelles et de tentatives avortées, confesseront, au moins *in petto*, que toute cette agitation nous ramène forcément aux *voies antiques*, comme dit Bacon ; de même que tant de luttes passionnées, au sujet de la fièvre typhoïde, ont conduit les praticiens sages à se renfermer dans ce qu'on appelle l'expectation ; à part quelques indications accidentelles, suscitées par la prédominance de certains éléments. Or, ce qui domine dans le choléra, c'est le spasme intestinal, c'est la contraction musculaire, c'est la douleur, c'est le vomissement, c'est la diarrhée ; en conséquence, proscrire l'opium, c'est décapiter la thérapeutique ; c'est outrager la raison médicale...

mais aussi, c'est se conformer à la mode, c'est flatter le parti dominant, ce qui est toujours un honnête procédé, et souvent une bonne affaire.

Nous rappellerons ici, seulement pour mémoire, les secours précieux que procure l'opium, comme palliatif, aux malheureux affectés de lésions organiques de l'appareil digestif : cancer, tubercules ou autres ; ainsi que les effets curatifs assez contestables, il est vrai, qu'on a dit avoir obtenus de l'opium dans les cas de perforation intestinale. (*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur un cas de torticolis, dû à la contracture des muscles splénius droit et sterno-mastoïdien gauche, guéri par l'excitation électrique localisée dans les muscles antagonistes.

La déviation permanente de la tête, succédant à des mouvements spasmodiques limités à certains muscles du cou, est un fait morbide dont j'ai cherché en vain des exemples dans les archives de la science. A ce titre, l'observation suivante méritait d'être recueillie. En la publiant, mon but est moins cependant de combler une lacune dans le cadre nosologique des difformités que de fournir un exemple des services que m'a rendus l'étude des éléments constitutifs de cette variété d'affection, au point de vue de son traitement.

Obs. I. Au mois de juin 1854, le nommé Languenard, garçon sellier, âgé de trente ans, fut admis au nombre des malades du premier dispensaire de la Société philanthropique pour y être traité d'un torticolis à droite, remarquable surtout en ce que la contracture musculaire avait succédé à des mouvements spasmodiques limités aux muscles qui meuvent la tête dans cette direction.

Ce malade, de taille moyenne, maigre, sec, d'une bonne santé habituelle, est très-irritable ; il se livre à des accès de colère des plus violents, à la suite desquels il éprouve parfois des mouvements spasmodiques dans la cuisse. Sa mère est sujette, dit-il, à de fréquentes migraines; lui-même en éprouve quelquefois, mais peu intenses et à des intervalles éloignés. Pendant son enfance, il a été atteint d'une variole peu grave ; plus tard, il a contracté plusieurs blennorrhagies.

Voici comment il raconte les débuts de l'affection qui a amené l'attitude vicieuse de sa tête. Dans la matinée du 3 juin 1853, vers cinq heures, il faisait sa promenade habituelle sur les boulevards,

lorsqu'il éprouva tout à coup une contraction rapide et involontaire des muscles du cou, qui porta son menton au niveau de l'épaule droite. Cette déviation de la tête dura l'instant d'un éclair, mais en moins de cinq minutes des mouvements semblables, brusques, saccadés, reparurent, et cette sorte de tic ou de torticolis intermittent était établi. Il ne sait à quelle cause rapporter l'apparition de ces accidents; sa santé n'avait présenté aucun dérangement, il ne s'était livré à aucun excès les jours précédents, et pendant sa promenade n'avait pas ressenti d'impression du froid.

La fréquence de ces mouvements involontaires augmenta progressivement, et à la fin du mois, la face étant habituellement tournée à droite, le travail était devenu impossible, la marche même difficile; pour se diriger dans les rues, cet homme était obligé de fixer sa tête avec la main droite appliquée sur la joue du même côté. Le 12 juillet, Languenard se présenta à la consultation de l'hôpital Beaujon et fut placé salle Saint-François, n. 27.

L'extrait suivant d'une note que nous a adresséeM. Marcé, interne du service, nous permet de décrire l'état du malade à son entrée. « Lorsque la tête est abandonnée à elle-même, dit M. Marcé, elle est entraînée par quatre ou cinq secousses dans la rotation à droite, puis elle est ramenée dans la position normale, pour subir de nouveau la même déviation; d'où il suit d'incessantes oscillations à chacune desquelles on voit se tendre et se contracter tout le sterno-mastoïdien gauche. La face est habituellement dirigée à droite, et chaque fois qu'il veut regarder en face, il est obligé de ramener la tête dans sa position normale avec la main. Pas d'autres douleurs qu'un peu de gêne et de tension au niveau de l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien gauche (1). Intégrité parfaite de toutes les fonctions. Les mouvements spasmodiques des muscles cessent complétement pendant le sommeil, ils reparaissent dès le réveil.

« Le 15 juillet, trois jours après l'entrée du malade, on commença le traitement, qui fut institué ainsi: bains sulfureux, deux et même trois fois par semaine; vésicatoires volants de la grandeur d'une pièce de deux francs, que l'on applique sur le trajet du sterno-mastoïdien, du côté gauche, et que l'on panse, d'abord une fois, puis

(1) Languenard, au sein de la Société de chirurgie, a affirmé que ce sentiment de gêne et de tension existait dans le côté droit de la région cervicale postérieure, point qui répond au splénius. Sans doute que les deux sensations existaient, et notre jeune confrère a négligé celle plus intense qu'accusait le malade, parce qu'elle ne cadrait pas avec le diagnostic incomplet qu'il avait porté.

deux fois par jour avec 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

« Les trois premières applications de morphine, mais surtout la première, amenèrent un soulagement considérable, au point que le malade croyait toucher à la guérison : le calme était revenu, le sommeil était tranquille, les oscillations de la tête avaient singulièrement diminué ; il y avait bien eu, à la suite de l'absorption de l'alcaloïde de l'opium, quelques nausées et un peu de céphalalgie, mais rien de grave.

« Mais vers le 22 juillet l'amélioration cessa. On eut soin de laisser quelques jours d'intervalle dans l'application de la morphine, afin de donner le temps aux plaies des vésicatoires de se cicatriser, et surtout pour empêcher l'organisme de s'accoutumer à l'action du médicament ; malgré ces précautions, on n'obtint que quelques phénomènes légers d'intoxication, sans rémission bien notable dans les phénomènes convulsifs. Continuation des bains sulfureux.

« Vers le 2 ou le 3 août on essaya de seconder l'action de tous ces moyens par l'application d'un bandage en forme de *Minerve*, destiné à maintenir la tête dans la position rectiligne ; mais ce bandage, fait avec des bandes de toile, ne put résister aux secousses des muscles convulsés ; à chaque instant il était dérangé, et on fut obligé de renoncer à son emploi.

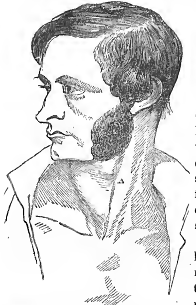
« Enfin, dans la dernière quinzaine d'août, on joignit à l'emploi de la morphine et des bains sulfureux l'électrisation pratiquée sur le sterno-mastoïdien du côté droit ; la contractilité électrique y fut trouvée normale, et pendant les séances la tête se redressait complétement. On ne pratiqua guère que sept ou huit électrisations.

« Le malade quitta l'hôpital dans les premiers jours de septembre. A son départ il était, m'a-t-on dit (car alors j'étais absent), aussi malade et peut-être même plus malade qu'à son entrée. »

Après sa sortie, quoique les mouvements involontaires fussent plus prononcés, Languenard abandonna la maladie à son évolution naturelle. Dans le courant d'octobre, les contractions spasmodiques commencèrent à diminuer, mais ce fut seulement vers la fin du mois de janvier 1854 qu'elles disparurent tout à fait, après avoir duré neuf mois.

En cessant, l'affection ne fit que changer de face, car à un torticolis intermittent, le malade vit succéder une difformité permanente. L'état de contracture avait remplacé le spasme des muscles affectés. Cette succession des faits morbides s'opéra d'une manière graduelle pendant les premiers mois de 1854 ; lors des variations barométri-

ques brusques, les contractions spasmodiques des muscles sterno-mastoïdien et splénius reparaissaient d'une manière subite, une fois ou deux dans les vingt-quatre heures.



Au mois de juin, lorsque je vis le malade pour la première fois, l'attitude de la tête était maintenue dans une position fixe, que représente la gravure ci-jointe. La tête avait subi un mouvement de rotation d'environ un quart de cercle, le menton était porté au niveau de l'épaule droite et l'occiput dirigé à gauche. Le sterno-mastoïdien gauche A faisait une saillie très-prononcée, tandis que son congénère semblait avoir disparu.

Quelque effort que fît le malade, il ne pouvait plus ramener la face en avant ; pour restituer à la tête sa direction normale, il était obligé de saisir son menton et de le maintenir dans l'axe du corps. C'était à l'aide de cette manœuvre qu'il pouvait se diriger dans les rues lorsqu'il sortait, encore ne pouvait-il lui donner qu'une certaine durée. Au bout de quelques minutes de maintien de la tête dans sa rectitude normale, une douleur, de plus en plus intense, se développait dans la région postérieure du cou, et contraignait le malade à abandonner sa tête à l'action des muscles contracturés.

Quel traitement pouvions-nous opposer à cette variété de torticolis ? Un appareil orthopédique n'eût pas exercé une extension plus douce, plus graduelle que celle pratiquée par la main du malade. L'état d'irritabilité des muscles contracturés proscrivait donc l'emploi des actions continues. Une gymnastique bornée à la mise en jeu des muscles affectés eût pu rendre des services au malade, mais la guérison, à supposer qu'on l'eût obtenue par ce moyen, eût été bien lente à se produire. Languenard n'avait d'ailleurs avec lui qu'une mère trop âgée pour répéter les manœuvres de la gymnastique localisée. Il nous restait donc seulement à revenir à l'emploi de l'électricité localisée dans les muscles antagonistes.

Cette pratique avait été, il est vrai, employée sans succès pendant le séjour du malade à l'hôpital Beaujon ; mais avait-on fait, tout d'abord, une étude complète des éléments de la difformité? Dans le mouvement qui porte la tête à droite, deux muscles entrent en action, le sterno-mastoïdien gauche et surtout le splénius droit; or, dans les applications de l'électricité, on s'était borné à agir sur le sterno-mastoïdien droit, c'est-à-dire sur la puissance musculaire qui prenait la plus faible part à l'attitude vicieuse. L'état de contracture du splénius droit avait échappé à la sagacité du médecin de l'hôpital Beaujon. L'attitude seule de la tête devait faire voir qu'elle n'était pas commandée uniquement par le sterno-mastoïdien gauche. En effet, lorsque le torticolis est produit par la contracture de ce muscle, et les exemples en sont fréquents, la tête est inclinée du côté du muscle contracturé, et la face subit un mouvement de rotation dans le sens opposé.

Dans le cas que nous avions sous les yeux, la difformité consistait dans la permanence d'une direction naturelle de la tête; or, comme le splénius droit contribue d'une façon très-immédiate à ce mouvement latéral, cette donnée anatomique devait conduire à rechercher l'état de ce muscle. Si le peu de relief que forme le splénius, même lors de sa contraction spasmodique, n'appelait pas l'attention de l'observateur, la douleur que provoquait dans la région cervicale postérieure le retour de la tête à son attitude normale témoignait de l'état de contracture de ce muscle. Suivant le malade, c'était d'abord un sentiment de gêne et de résistance; puis, lorsqu'on prolongeait la manœuvre, il ressentait une véritable crampe dont il limitait l'étendue aux insertions du splénius. Enfin, en mettant en contraction par l'électrisation localisée son congénère, c'est-à-dire le muscle splénius gauche, on ramenait la tête dans sa direction normale (*fig*. 4).

Afin de ne laisser planer aucun doute sur les éléments de cette difformité, la contracture synergique des muscles splénius droit et sterno-mastoïdien gauche, j'ai présenté le malade à la Société de chirurgie avant de commencer son traitement, et nos collègues, au nombre desquels se trouve M. Bouvier, si bon juge en semblable matière, ont accepté à l'unanimité mon diagnostic.

Cette précision avait une grande portée pratique. Supposez que le premier médecin qui a donné des soins à ce malade fût arrivé, dans la détermination du siége de la lésion par l'analyse des fonctions des muscles du cou, à constater la part que le splénius droit prenait aux mouvements involontaires que subissait Languenard, il

eût combattu par la méthode endermique le spasme de ce muscle en même temps qu'il attaquait celui du sterno-mastoïdien gauche, et l'amélioration temporaire éprouvée par le malade se fût peut-être convertie en une guérison. La détermination exacte des éléments de la difformité présentée par Languenard ne m'était pas certainement moins nécessaire pour en triompher, à l'aide de l'électrisation localisée dans les muscles antagonistes.

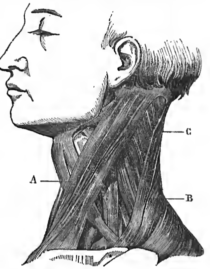


L'étude analytique de ce torticolis terminée, je procédai au traitement de la manière suivante : l'appareil volta-faradique de M. Duchenne marchant au minimum d'action, l'éponge humide de l'un des excitateurs D fut appliquée sur la région correspondante au splénius gauche (*fig.* 4), l'autre D au niveau du tiers supérieur du sterno-mastoïdien droit C; j'obtins ainsi une déviation de la tête en sens inverse de son attitude vicieuse, comme le montre la figure ci-jointe.

Chaque séance était de cinq à six minutes, et pendant sa durée, dix ou douze, fois j'interrompais le courant électrique et le rétablissais immédiatement, afin d'obtenir des mouvements brusques. Cette sorte de gymnastique localisée avait pour but l'élongation des muscles contracturés, tandis que les courants continus réveillaient la contractilité tonique détruite dans les muscles antagonistes. Pour assurer ce résultat, l'idée me vint d'imprégner les éponges d'une solution de strychnine, ainsi formulée : eau, 100 grammes, sulfate de strychnine, 1 gramme. Je discuterai plus tard la valeur de cette méthode électro-iatraliptique. Pour ne pas compliquer notre sujet, nous devons dire que l'action des courants d'induction suffit pour rétablir et la nutrition et la contractilité des muscles affectés.

L'établissement du diagnostic nous a montré les ressources précieuses fournies par la physiologie musculaire ; sans elle, il nous était impossible d'arriver à la détermination des éléments de ces tor-

ticolis. La pratique de l'électrisation localisée exige à son tour des notions non moins exactes en anatomie; il faut, en effet, non-seulement se rappeler la position et le trajet de chacun des muscles, mais encore connaître certains détails très-importants. Ainsi, dans l'espèce, la situation du sterno-mastoïdien A est trop bien connue pour présenter aucune difficulté; cependant, comme on devait exciter spécialement la partie supérieure du muscle, là où se confondent les faisceaux claviculaire et sternal, il ne fallait pas oublier que ce muscle reçoit, vers la réunion de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une branche du nerf spinal, qui le rend très-excitable. Nous avons le regret de ne pas avoir fait représenter ce filet nerveux dans la gravure ci-dessus; du reste, comme la position de ce filet varie un peu chez chaque sujet, mieux vaut chercher ce point à l'aide du courant électrique à son minimum d'action. En plaçant l'éponge de l'excitateur au niveau de la ligne du menton, on se trouve au-dessus de l'épanouissement de ce filet (*fig.* 2).





Pour l'électrisation du splénius, la notion est d'une autre nature. Ce muscle C, placé obliquement derrière le cou, s'insère en haut à la crête occipitale et à l'apophyse mas-

toïde, en dedans et en bas, au tiers inférieur du ligament cervical postérieur, à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale et à celles des cinq premières vertèbres dorsales. Dans cette étendue, il est recouvert à sa partie supérieure par le sterno-mastoïdien A, en bas, par la portion claviculaire du trapèze B; c'est donc exclusivement dans la partie sous-cutanée, située entre les deux muscles précédents, que le splénius peut être soumis à l'électrisation localisée. L'attitude que prendra la tête indiquera de suite au praticien le muscle avec lequel son excitateur est en contact. Ainsi, s'il place son éponge trop haut, il excite le sterno-mastoïdien, la tête s'incline de ce côté et la face se tourne du côté opposé; s'il la place trop bas, il fait agir la partie supérieure du trapèze et la tête s'incline en arrière, en se penchant vers l'épaule; si, au contraire, l'éponge est placée entre les deux, le splénius entre en contraction et imprime un mouvement latéral à la tête (*fig.* 4).

Les détails minutieux, *cura minorum*, dans lesquels nous venons d'entrer, seront appréciés seulement par ceux qui auront à répéter ces manœuvres. La pratique vit de détails, et les auteurs glissent trop souvent sur une foule de points dont la négligence doit faire manquer le but que l'on poursuit.

Le traitement de Lauguenard fut commencé le 5 juillet. Une séance d'abord de cinq à six minutes, puis de dix minutes eut lieu chaque jour. Le 15, au réveil, la déviation de la tête a disparu, mais au bout d'une heure elle revient, moins prononcée cependant; aussi, dans la journée, le malade commence à pouvoir jouer au billard, pendant une demi-heure, il peut redresser spontanément la tête et la maintenir fixe tout le temps qui lui est nécessaire pour viser la bille de son adversaire.

Ses parents le félicitent surtout du changement que sa santé a subie. En effet, le teint de sa face, qui était pâle et hâve, a repris de la coloration; lui-même a conscience d'une amélioration dans son état, il se sent moins impressionné par les variations atmosphériques.

Le 1er août, dans le but de triompher plus rapidement de la contracture du splénius, qui était le fait morbide dominant, je prescrivis l'application d'un petit vésicatoire sur la région postérieure du cou, correspondante à la partie sous-cutanée du splénius; on devait le saupoudrer trois fois par jour avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Cette tentative ne fut pas heureuse, la contracture du muscle augmenta et rendit les mouvements volontaires plus difficiles. Malgré le soin que j'avais pris de tracer avec de l'encre le point où devait être placé l'emplâtre, il fut appliqué sur la nuque. Toute-

fois, le résultat ne m'engagea point à revenir à un nouvel essai de ce moyen.

Je ne fus pas beaucoup plus heureux avec l'acuponcture. Le 8 août, trois aiguilles furent enfoncées dans le tissu du splénius contracturé, et dirigées de façon à atteindre les autres muscles rotateurs de la tête. Elles restèrent en place une demi-heure. Le 10 et le 12, la même manœuvre opératoire fut répétée; aussitôt les aiguilles extraites, le malade éprouvait une plus grande liberté dans les mouvements; mais le mieux ne persistait pas un laps de temps assez considérable pour m'engager à continuer l'emploi de cette pratique. Je revins à l'électrisation localisée dans les muscles antagonistes, et ce fut alors que, voulant expérimenter l'électro-iatralipsie, j'imprégnais les éponges de la solution de sulfate de strychnine dont j'ai mentionné plus haut la formule.

Ces séances eurent lieu pendant dix jours consécutifs. Le 25 août, je dus quitter Paris; à mon retour, voici ce que j'appris : Jusqu'à la fin du mois, l'amélioration resta au même point, c'est-à-dire que la contracture des muscles du cou, qui n'existait pas au réveil, reparaissait au bout d'une heure ou deux. Dans la journée, il pouvait se diriger dans les rues sans avoir recours à sa main; chaque fois qu'un obtacle se présentait, il redressait spontanément la tête pour l'éviter. Dans la journée, il continuait ses séances de billard comme gymnastique. Il ne pouvait jouer plus de deux heures; au bout de ce temps, un sentiment de tension dans la région occipitale droite l'avertissait de cesser. S'il forçait, la contracture du splénius reparaissait immédiatement avec son intensité première et rendait à la tête son attitude vicieuse jusqu'au lendemain matin.

Dans les premiers jours de septembre, la liberté des mouvements volontaires, qui reparaissait chaque matin pendant une heure ou deux, devint progressivement de plus en plus durable, et lorsque je revis le malade, le 15, elle persistait toute la journée.

Malgré la guérison du malade, afin de le mettre à l'abri d'une rechute et, surtout voulant rendre au muscle sterno-mastoïdien droit son volume, je repris le traitement. Trois séances d'électrisations nouvelles avaient à peine eu lieu que je dus cesser; le malade éprouvait un sentiment de tension douloureuse dans la partie postérieure gauche du cou. L'excitation électrique avait développé dans le splénius sain une contracture artificielle; aussi, le malade ne pouvait plus replacer sa tête dans l'attitude vicieuse qu'elle présentait d'abord. Sa cure était désormais assurée, et je lui permis de reprendre quand il le voudrait l'exercice de sa profession.

Depuis cette époque, nous avons revu plusieurs fois Languenard, et sa guérison ne s'est pas un instant démentie.

Nous avons dit que nous avions cherché en vain, dans les archives de la science, un exemple de torticolis semblable à celui que nous a présenté Languenard. Est-ce à la rareté du fait morbide seulement que l'on doit le silence des observateurs à l'égard de cette variété de torticolis, ou cela ne tiendrait-il pas plutôt aux difficultés que soulève la question pathologique? Les phénomène morbides chez notre malade ont présenté deux périodes bien tranchées : une première, pendant laquelle la lésion était purement spasmodique; une seconde, pendant laquelle la contracture est venue succéder aux spasmes des muscles affectés.

M. Roth, dans un mémoire sur la musculation irrésistible, ou chorée anomale, travail couronné par l'Académie de médecine, a signalé, sous le titre provisoire de *tics du tronc*, un certain nombre de faits analogues. Parmi les observations de tics de la partie supérieure du tronc, que rapporte ce médecin, il en est quelques-unes que nous reproduisons, car elles ont des points de ressemblance avec le cas de notre malade :

Obs. I. Une jeune fille de dix-neuf ans, observée par Ch. Bell, remuait constamment la tête de droite à gauche et de gauche à droite; elle la tournait ainsi vingt-deux fois par minute. L'action produite par le mouvement de rotation avait son siége dans le muscle sterno-mastoïdien, le trapèze, puis le splénius, d'abord de l'un puis de l'autre côté, en sorte que la tête se mouvait sur l'apophyse odontoïdienne de l'atlas aussi régulièrement que si elle avait subi l'impulsion d'un pendule. Il n'est pas fait mention des suites de l'affection.

Obs. II. Une jeune fille de la clientèle de M. Toulmouche présentait exactement le même nombre de mouvements, vingt-deux rotations par minute; seulement, chez elle, le trapèze n'était pas affecté, la tête obéissait aux contractions synergiques des muscles sterno-mastoïdiens et splénius des deux côtés. La maladie diminua et cessa enfin après deux ou trois attaques d'hémoptysie.

L'observation suivante est plus intéressante, au point de vue de l'intervention de l'électricité ; elle est empruntée à un mémoire que M. Golding Bird a publié dans le Guy's hospital Reports :

Obs. III. Masson, commis voyageur, âgé de quarante ans, homme vigoureux et paraissant jouir d'une bonne santé. Il y a environ huit ans que, par une nuit très-froide d'un rude hiver, il avait traversé en cabriolet un pays découvert, et il avait eu froid à en mourir. Revenu de la stupeur partielle dans laquelle il était tombé, il avait été attaqué d'un mouvement spasmodique involontaire des muscles du côté droit de la nuque. Après deux mois de souffrances il se rétablit complétement, mais depuis quatre mois l'affection avait reparu.

Toutes les cinq minutes sa tête se tournait d'un côté par une secousse involontaire et avec tant de force, qu'il était menacé d'asphyxie. Les vaisseaux de la face et de la nuque se gonflaient extraordinairement. Au bout de quelque temps ces spasmes cessaient, et la tête reprenait sa position ordinaire, mais,

quelques minutes après, elle se jetait du côté opposé. Pour arrêter ces mouvements, Masson était obligé de se tenir le nez pour maintenir sa tête, et, en effet, c'était sa contenance habituelle, ou bien il tenait le bras levé prêt à saisir son nez, lorsque les mouvements involontaires se déclaraient. A la moindre occasion, ce mouvement augmentait d'une manière déplorable. Il prit du sulfate de zinc pendant quelques semaines jusqu'à huit grains, trois fois par jour, sans résultat. Les différentes fonctions de son corps semblaient régulières, excepté une tendance à la constipation. On administra une dose de pulvis rhei salin, et, de deux jours l'un, on tira des étincelles de la région postérieure du cou et le long des muscles sterno-mastoïdiens. Il commença le traitement dans les premiers jours de décembre 1839. Le 13 son état s'était considérablement amélioré, et il put sortir sans employer sa main à maintenir sa tête; néanmoins, il éprouva une excitation considérable.

20 février 1840. Amélioration graduelle jusqu'à la dernière quinzaine où, se trouvant assez bien, Masson a cessé le traitement.

Dernièrement, il est revenu à l'hôpital dans un état pire, les mouvements involontaires de la tête et de la nuque ayant augmenté. On eut recours à l'électricité statique, et en peu de temps la convalescence s'établit.

M. Roth eût pu grossir sa liste; ainsi il eût pu ajouter un fait presque semblable, observé par M. Amussat, et que ce chirurgien a communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 16 décembre 1834. Dans ce cas, le torticolis intermittent datait de six années et a été guéri par la section du sterno-mastoïdien. Nous ne rapportons pas cette observation, parce que notre but principal est de mettre en relief les ressources thérapeutiques; or, le moyen signalé par M. Amussat a échoué entre ses mains quelques années plus tard, dans une affection semblable. M. Bouvier nous a dit avoir été témoin d'un pareil résultat à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux. Après la cicatrisation du sterno-mastoïdien, l'affection spasmodique s'était reproduite. Les détails dans lesquels nous sommes entré au début de cette note nous dispensent de revenir sur les causes de ces insuccès. En supposant que les sections tendineuses puissent, dans quelques cas, faire cesser le spasme, dans ces faits de torticolis intermittents, deux muscles au moins sont affectés, et celui sur lequel on serait tenté, à l'exemple de M. Amussat, de porter le bistouri, le sterno-mastoïdien, n'est pas, on l'a vu, l'élément pathologique le plus important. L'emploi de l'électricité constitue une méthode thérapeutique et plus rationnelle et plus certaine, puisque nous avons vu M. Bird réussir à guérir son malade en ayant recours à l'électricité statique, qui ne permet pas cependant à beaucoup près de localiser l'action thérapeutique aussi sûrement que les appareils modernes d'induction.

DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un Mot sur les formules qui ont été proposées pour administrer le chloroforme à l'intérieur.

En 1848, M. Dorvault reconnut que le chloroforme était plus soluble dans l'eau qu'on ne le pensait généralement, et que 100 grammes d'eau pouvaient en dissoudre 1 gramme. Puis, prenant en considération la saveur très-prononcée de cette solution et doutant de sa stabilité, il conseilla la formule suivante :

Eau chloroformée.

Chloroforme pur.	50 centigrammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Agitez.

Ce soluté est parfaitement transparent et d'une saveur agréable. On peut, en l'édulcorant avec des sirops appropriés, obtenir des potions utiles et faciles à prendre.

Ce savant pharmacien publia aussi la formule d'un sirop de chloroforme qui contenait 2 centigrammes 1/2 de chloroforme par gramme. Il le préparait en agitant simplement du chloroforme et du sirop.

En 1851, M. le docteur Mertens recommanda d'administrer le chloroforme dans des potions gommeuses et de préparer ces potions de la manière suivante. Versez 60 grammes de mucilage dans une fiole, pesez la moitié du chloroforme et agitez. Ajoutez ensuite le reste du mucilage, puis le chloroforme par petites parties, trois ou quatre gouttes à la fois, et agitez après chaque addition.

En 1852, M. le docteur Wahu critiqua la prescription de M. Mertens et annonça que, depuis 1850, il faisait dissoudre le chloroforme dans trois ou quatre parties d'alcool, et mêlait la solution à une potion gommeuse. Pour justifier sa critique et sa manière d'opérer, il disait qu'il est difficile de mélanger exactement le chloroforme à une potion par l'agitation. Les malades qui font usage de ces potions ressentent dans le pharynx et l'œsophage de douloureuses stimulations, tandis qu'ils n'éprouvent rien de semblable lorsqu'ils prennent les potions qui sont préparées avec de l'alcool.

En 1854, M. Dannecy, de Bordeaux, prenant aussi en considération la difficulté de mélanger, par la simple agitation, du chloroforme avec une potion, proposa de dissoudre le chloroforme dans de l'huile d'amandes et de transformer cette solution en potion huileuse. Voici sa formule :

Chloroforme pur.	2 grammes.
Huile d'amandes.	8 grammes.
Gomme arabique.	4 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.
Eau distillée.	60 grammes.

La Commission de la Société de pharmacie qui fut chargée d'examiner la note de M. Dannecy, tout en admettant que cette formule était rationnelle, et tout en reconnaissant que l'auteur avait atteint le but auquel il devait arriver, proposa les formules qui suivent :

Chloroforme.	2 ou 4 grammes.
Sucre en morceaux.	12 grammes.
Gomme arabique.	5 ou 10 grammes.
Eau.	100 grammes.

Versez le chloroforme sur le sucre placé au fond d'un mortier, ajoutez de suite la gomme, et achevez les potions en versant l'eau par parties.

La Commission termine son rapport en adoptant les propositions de M. Dorvault et en disant que l'eau saturée de chloroforme doit être préférée aux potions, parce que les potions qui contiennent 2 à 3 pour 100 de chloroforme sont d'une sapidité presque insupportable ; et parce qu'il est préférable de faire prendre deux cuillerées d'une potion faite avec 1 pour 100 de chloroforme, que d'administrer une seule cuillerée d'une potion qui contient 2 pour 100 de chloroforme. Elle pense, en outre, que l'eau saturée de chloroforme peut devenir une préparation officinale avec laquelle les potions et même un sirop de chloroforme pourraient être préparés.

Après avoir exposé tout ce qui a été publié sur l'administration du chloroforme, nous allons faire quelques remarques qui ne seront peut-être pas inutiles.

Toutes les fois que l'on prescrira une potion avec 50 centigrammes ou 1 gramme de chloroforme, il suffira, pour la préparer, de peser les substances prescrites et d'agiter la potion pendant quelques instants. Mais toutes les fois que l'on voudra administrer des quantités plus considérables de chloroforme, il faudra nécessairement opérer autrement ou choisir une des trois formules précédentes. La formule de la Commission de la Société de pharmacie est préférable à celles de MM. Wahu et Dannecy, car il n'est pas indifférent de soumettre tous les malades à l'action de beaucoup d'alcool ou de beaucoup d'huile. On peut cependant, en doublant le poids de la gomme et en conservant celui de l'huile prescrite par M. Dannecy, introduire 4 grammes de chloroforme dans une potion. La formule de la Commission est facile à exécuter, et l'on obtient toujours le même résul-

tat, si on a le soin de triturer un peu de temps le chloroforme, le sucre et la gomme avec la quantité d'eau qui est nécessaire pour faire le mucilage. Cette potion laisse déposer, il est vrai, après quelque temps, un précipité floconneux blanchâtre, et l'abondance de ce précipité est en raison inverse du temps qu'on a mis à préparer la potion ; mais une légère agitation rend à la potion son aspect primitif.

Quoique la formule de la Commission soit très-convenable, nous pensons qu'il est encore possible de préparer les potions avec le chloroforme, de la manière suivante :

Chloroforme.	2, 4, 6, etc., grammes.
Sirop.	30 grammes.
Jaune d'œuf.	n° 1.
Eau pour une potion de. . . .	150 grammes.

Délayez le jaune d'œuf avec de l'eau et passez la liqueur à travers une étamine. Pesez le sirop, puis le chloroforme, ajoutez la liqueur passée et agitez.

Le jaune d'œuf se dépose plus ou moins promptement, suivant la quantité de chloroforme employé; mais, on n'aperçoit aucune goutte de chloroforme, quand bien même on a préparé la potion avec 8 grammes de chloroforme, et la plus faible agitation rétablit l'équilibre entre toutes les parties de cette potion. L'action du chloroforme sur les matières albuminoïdes du jaune d'œuf nous paraît devoir être d'un heureux effet pour l'administration de cet agent.

Nous terminerons cette petite note en faisant remarquer, qu'en formulant des potions de 104, de 119 et de 126 grammes, M. Dannecy et la Commission n'ont point cherché à obtenir des potions régulièrement dosées. Nous dirons encore que nous ne partageons pas l'opinion de la Commission, lorsqu'elle dit que l'eau saturée de chloroforme peut devenir une préparation officinale avec laquelle on pourrait préparer un sirop et des potions; car le sirop de chloroforme nous paraît une formule inutile, et les potions doivent être préparées lorsqu'on en a besoin et dosées suivant chaque cas. Si quelques personnes ne peuvent tolérer que de faibles quantités de chloroforme, il en est, comme M. Aran l'a reconnu, qui peuvent en supporter de grandes quantités. DESCHAMPS.

Vin antigoutteux.

La formule suivante est due à M. le docteur Anthéran :

PR. Bulbes de colchiques récoltés en temps convenable..	30 grammes.
Feuilles de frêne..........................	30 grammes.
Vin de Malaga..............................	500 grammes.

Faites macérer pendant huit jours et filtrez.

A prendre une cuillerée matin et soir dans une tasse de thé, dans la goutte et le rhumatisme articulaire chronique.

Deuto-chloro-bromure de mercure. — De sa préparation, et de son emploi thérapeutique.

Le deuto-chloro-bromure de mercure est blanc, cristallisé en aiguilles légèrement aplaties sur les deux faces et hérissées de quelques arêtes ; il est soluble dans l'eau et l'alcool, d'une saveur âcre et caustique ; à l'air il perd un peu de son eau de cristallisation ; il est volatil chauffé en vase clos ; mis sur les charbons, il répand une abondante fumée à odeur chloriforme ; l'acide sulfurique, l'ammoniaque, la potasse caustique le décomposent ; il forme, avec l'eau de chaux, un précipité brun marron ; ce qui le distingue *essentiellement* du deuto-chlorure de mercure, dont le précipité est d'un beau jaune oranger.

Ce nouveau sel à combinaison mercurielle n'aurait-il pas quelques propriétés distinctes et ne pourrait-il pas être employé dans quelques cas spéciaux de tumeurs syphilitiques ou cancéreuses ? Cette idée nous a été suggérée par la lecture des essais du traitement de M. Landolfi.

On prépare de deux manières le deuto-chloro-bromure de mercure.

Le premier procédé consiste à mettre dans un flacon en verre, bouché à l'émeri, 50 gram. d'eau distillée et 2 gram. de chlorure de brome ; on agite puis on ajoute, par petites portions, du calomel préparé à la vapeur, et en suffisante quantité pour que le liquide, de rouge foncé qu'il est, devienne complétement incolore ; on filtre, on évapore le liquide au bain-marie jusqu'à réduction des deux tiers ; les cristaux se forment par le refroidissement et le repos ; on décante l'eau-mère qu'on fait évaporer pour subir une nouvelle cristallisation ; les cristaux obtenus sont desséchés entre deux feuilles de papier à filtrer.

Pour le deuxième procédé, on opère de même ; seulement, au lieu de calomélas on y met une dissolution aqueuse de sublimé corrosif, qu'on verse goutte à goutte, jusqu'à décoloration complète du liquide. Nous avons noté que si on verse dans une dissolution alcoolique de sublimé corrosif une portion égale de chlorure de brome, il y a presque une détonation, tant les molécules des corps ont d'affinité les unes pour les autres ; il est donc prudent de ne faire ce mélange qu'avec une très-grande réserve. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Utilité des préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie.

Les auteurs des meilleurs traités modernes de thérapeutique et de matière médicale font à peine mention de la cannelle. Nous croyons que cette substance ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée, et notre intention aujourd'hui est de faire connaître son utilité dans quelques maladies, et plus particulièrement dans la métrorrhagie. C'est dans le service de M. Teissier que j'ai vu employer pour la première fois la cannelle à titre de médicament adjuvant et correctif; associé au fer dans la chlorose, à la digitale et au fer dans les affections organiques du cœur compliquées de chloro-anémie; à titre d'agent hémostatique dans certains cas de métrorrhagie. C'est précisément sur cette dernière propriété de la cannelle, déjà relevée dans ces derniers temps par le *Bulletin de thérapeutique*, que je me propose principalement d'insister.

La métrorrhagie est bien rarement une maladie primitive, idiopathique, essentielle; elle est le plus souvent liée intimement soit à une affection générale, dont elle ne constitue que l'un des nombreux épiphénomènes morbides, soit à une affection locale de l'utérus et de ses annexes, dont elle n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation très-aggravante; d'autre part, elle est sous la dépendance des grandes fonctions de la génération, et peut survenir : 1° pendant l'état de vacuité; 2° pendant l'état de grossesse; 3° pendant ou immédiatement après l'accouchement. On voit tout d'abord, par cet aperçu général, combien toutes les circonstances que nous venons de mentionner doivent entraîner de différences, de variétés dans la symptomatologie de cette affection, dans le mécanisme suivant lequel elle se produit, et on en déduit facilement la nécessité d'un traitement complexe et varié. Les préparations de cannelle ne peuvent donc être applicables qu'à quelques cas spéciaux de métrorrhagie, dans lesquels nous allons tâcher de faire ressortir son utilité.

§ 1. *Métrorrhagie produite par l'état chlorotique.* — Des troubles nombreux qui portent sur les fonctions de la génération chez les chlorotiques, l'hémorrhagie est certainement le moins commun; toutefois nous ferons oberver, ainsi que la remarque en a été faite par M. le professeur Trousseau, et que nous avons pu le vérifier souvent nous-même, que si cette hémorrhagie est rare chez les jeunes filles, elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes adultes. Nous pensons qu'il faut l'attribuer aux vives excitations produites par le coït sur l'appa-

reil tout entier des organes de la génération, excitations qui, sous l'influence de l'état chlorotique, déterminent souvent à la longue un état de fluxion permanente dans l'utérus et ses annexes.

La métrorrhagie produite par la chlorose paraît intimement liée dans sa manifestation et ses récidives aux retours réguliers des menstrues; c'est pourquoi les auteurs l'ont désignée spécialement sous le nom de *ménorrhagie*. Les règles prennent tout à coup, chez ces malades, une abondance et une durée insolite, et sont converties tous les mois en une véritable métrorrhagie, avec les prodromes, les symptômes immédiats et souvent même les épiphénomènes hystéralgiques. Inutile de faire ressortir les funestes conséquences qui vont résulter de ces pertes sanguines répétées ainsi chaque mois; elles vont aggraver la chlorose qui, elle-même, est la cause de l'hémorrhagie, de telle sorte, dit M. Trousseau, que les malades, tournant dans ce cercle vicieux, ne tardent pas à péricliter.

Le fer, sagement administré dans l'intervalle des époques menstruelles, modifie quelquefois assez rapidement l'état chlorotique pour faire rentrer en peu de temps les règles dans leurs limites normales. Mais, il faut l'avouer, les préparations ferrugineuses, alors même qu'elles paraissent bien supportées, sont souvent impuissantes à enrayer ces accidents ménorrhagiques, et si on veut alors utiliser les propriétés hémostatiques de l'alun, du tannin, de l'ergotine, l'exacerbation des troubles fonctionnels de l'estomac et surtout des douleurs gastralgiques, provoqués si fréquemment par ces médicaments, fait bientôt renoncer à leur usage. C'est dans ces cas difficiles que M. Teissier a voulu expérimenter les préparations de cannelle, préconisées par Schmidtmann, par Franck et par M. Gendrin. Les succès obtenus ont été si complets, qu'aujourd'hui M. Teissier emploie cette substance de préférence à tous les autres agents hémostatiques. Pour acquérir une certitude parfaite sur son efficacité, il a soumis des chlorotiques, affectées depuis plusieurs mois déjà de ménorrhagies, à l'usage exclusif de la cannelle, pendant les quelques jours qui précèdent l'apparition des règles, et toujours il a réussi par ce simple moyen à diminuer l'abondance et la durée des menstrues.

Ainsi administrée, la cannelle ne peut avoir qu'une action fugace et passagère. Pour faire cesser d'une manière définitive la ménorrhagie, il faut guérir ou tout au moins améliorer la chlorose qui produit cet accident. C'est dans ce but que M. Teissier associe la poudre de cannelle à la limaille de fer porphyrisée. A l'appui de cette pratique, nous rapporterons les deux observations qui suivent.

Obs. I. *Hypertrophie du cœur; ménorrhagie; suite de chloro-anémie; bons effets de la poudre de cannelle combinée avec la digitale et le fer.* — Mlle D..., âgée de seize ans, tempérament lymphatique nerveux, constitution éminemment délicate, avait contracté à l'âge de dix ans un rhumatisme articulaire aigu. Depuis cette époque, palpitations fréquentes, douleurs dans la région du cœur, auxquelles on n'oppose aucune médication. Etat stationnaire pendant trois ans. A treize ans, apparition des règles, qui non seulement n'amènent aucun soulagement, mais encore augmentent les palpitations et l'essoufflement; alors seulement on commence à soumettre Mlle D... à l'usage de la digitale. Elle avait quatorze ans quand M. Teissier la vit pour la première fois; il constata que le cœur était hypertrophié et rétréci à son orifice aortique; il constata en outre que la maladie organique du cœur était compliquée d'un état de chloro-anémie. En raison de cette double affection, il administra concurremment le sirop de digitale de Labelonye et les pilules de Vallet. Cette médication fut continuée pendant plusieurs mois, et sous son influence l'état chlorotique s'amenda un peu; les battements du cœur diminuèrent aussi sensiblement. Mais bientôt le fer fut fort mal supporté, ainsi que la digitale, et il fallut suspendre cette médication. Au bout de deux mois, l'amélioration s'évanouissait et aux premiers symptômes vint s'en joindre un nouveau, qui ajouta beaucoup à leur gravité; les règles devinrent extrêmement abondantes, ce qui jeta Mlle D... dans un état de pâleur et de débilité extrême. M. Teissier revint alors avec prudence aux préparations de fer et de digitale, qu'il varia pendant plusieurs mois pour les faire mieux tolérer et pour augmenter leur efficacité. Un peu d'amélioration se produisait dans les intervalles des règles; mais celles-ci étaient toujours trop prolongées et trop abondantes, en sorte qu'à chaque époque tous les accidents reparaissaient. L'alun et l'ergotine furent alors essayés, mais ne purent être supportés. Une seule médication put être suivie sans répulsion de la part de l'estomac; ce fut une combinaison de limaille de fer et de cannelle. Cette préparation a été suivie d'un très-bon effet. Depuis qu'on y a eu recours, les règles sont devenues normales pour leur durée et pour leur abondance, les forces se sont notablement relevées, et les battements du cœur eux-mêmes non-seulement n'ont pas augmenté, mais encore ont évidemment diminué. Voilà quatre mois que l'amélioration se soutient, et l'on ne saurait douter qu'elle ne soit due à l'administration de la cannelle avec le fer.

Obs. II. *Métrorrhagie chlorotique chez une dame affectée d'un engorgement du col utérin; heureux effet de l'administration de la cannelle combinée au fer.* — Mme V..., âgée de trente ans, tempérament nerveux, est affectée, depuis trois ou quatre ans, d'un léger engorgement du col, coexistant avec une petite ulcération qu'on a combattue par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, des injections résolutives et astringentes, des bains salés, l'eau de Vichy. Cette dame, pendant l'hiver de 1853, ayant passé un certain nombre de nuits au bal, a vu revenir ces symptômes d'irritation et de congestion utérine: douleurs lombaires et hypogastriques, émissions fréquentes d'urine, sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, leucorrhée; de plus, les règles sont devenues beaucoup trop abondantes. Pendant plusieurs époques successives, elles se sont prolongées douze et quinze jours, ce qui a jeté la matrice dans un état de chlorose et de névropathie. Les bains de siége froids, les injections froides et les pilules d'ergotine furent d'abord employés; la ménorrhagie diminua un peu, mais l'ergotine ayant déterminé de la gastralgie, on fut obligé de la supprimer. La métrorrhagie revint, et on se borna, cette fois, à lui opposer les bains de siége

froids et les dragées au lactate de fer. Cette médication fut insuffisante; alors on administra la poudre de cannelle, associée à la limaille de fer, concurremment avec les bains de siége froids, et cette fois les règles rentrèrent dans leurs limites naturelles et ne durèrent plus chaque fois que quatre ou cinq jours, avec une abondance modérée. Depuis cette époque, l'état chlorotique a cessé. les fonctions digestives se sont rétablies, et la malade paraît parfaitement guérie,

§ 2. *Métrorrhagie symptomatique du cancer de l'utérus.*— L'hémorrhagie constitue certainement un des accidents les plus graves, une des complications les plus redoutables de cette affection ; elle en marque souvent le début, elle en signale l'invasion, et cela quelquefois longtemps avant la manifestation des autres symptômes pathognomoniques de cette maladie.

Dans la première période du cancer, la métrorrhagie se présente avec des caractères qui varient beaucoup : chez les malades qui sont encore réglées, elle est constituée le plus souvent par une exagération du flux menstruel; cependant il n'est pas rare de la voir survenir dans l'intervalle de deux époques. La menstruation devient très-irrégulière, offrant des retards fréquents, non-seulement de quelques semaines, mais même de plusieurs mois; puis les règles reparaissent, et le sang s'échappe alors avec une abondance insolite. Dans quelques cas enfin, l'écoulement sanguin est presque continu, c'est-à-dire que l'époque des règles avançant beaucoup et les menstrues durant très-longtemps, les intervalles se trouvent très-courts.

Chez les femmes d'un âge avancé, et chez lesquelles la ménopause a déjà eu lieu, lorsque survient la lésion organique, l'hémorrhagie utérine présente dans sa marche des variations plus grandes encore. Quelques-unes en sont complétement exemptes pendant toute la durée de cette période; mais c'est là une exception très-rare. Le plus souvent on voit se reproduire, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des pertes sanguines abondantes, tantôt brusquement, sans cause déterminante appréciable, tantôt à la suite d'une vive émotion morale ou d'une commotion physique. Ces pertes laissent toujours la malade dans un état d'affaiblissement plus prononcé.

Lorsque le cancer s'est ulcéré, la métrorrhagie existe toujours, sauf de très-rares exceptions, et elle suit une marche plus régulière, plus uniforme, qui est à peu près la même chez toutes les malades. Le sang s'écoule presque sans interruption, mélangé au pus fétide, ichoreux, fourni par l'ulcération, et de temps en temps des caillots sanguins s'échappent par la vulve, surtout lorsque la malade se lève ou qu'elle se livre à des efforts de défécation. De véritables métrorrhagies plus ou moins abondantes surviennent en outre à des époques variables et peuvent être suivies de mort.

C'est aussi pendant le cours de cette période du cancer utérin, que les douleurs deviennent cruelles, intolérables. Or, dans le traitement de cette redoutable affection, ces deux symptômes morbides, hémorrhagie et douleur, méritent toute l'attention du médecin, lorsqu'il se voit réduit, par le progrès du mal, à faire une médication purement palliative : adoucir, calmer les souffrances si vives, modérer les pertes sanguines qui, par leur abondance ou leur retour trop fréquent, vont hâter le terme fatal, telles sont donc les indications principales qui se présentent. On remplit la première avec l'opium et les autres stupéfiants ; nous n'avons pas à nous en occuper ; la seconde, au moyen des divers agents hémostatiques, mais ils ne possèdent pas tous la même efficacité ni les mêmes avantages. Les nombreuses expériences faites par M. Teissier dans le but de constater la valeur relative de ces divers agents nous ont démontré que l'ergotine et la teinture de cannelle sont les deux médicaments qui réussissent le mieux dans le cas qui nous occupe. L'ergotine jouit, en effet, d'une vertu merveilleuse pour modérer ces pertes, mais elle provoque une telle exacerbation des souffrances, que ce seul inconvénient suffit pour faire rejeter son emploi. C'est du reste ce qu'on peut voir dans l'observation suivante :

Obs. III. *Métrorrhagie symptomatique d'un cancer ulcéré de l'utérus. — Inconvénients de l'ergotine. — Bons effets de la teinture de cannelle.* — Marie C..., âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, mère de huit enfants, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Teissier, le 18 novembre 1854. Cette femme, qui a eu toute sa vie de grandes fatigues à supporter et qui, dans ces dernières années surtout, a éprouvé de violents chagrins, a commencé à éprouver, il y a neuf jours, une douleur sourde et gravative, quelquefois lancinante, dans l'excavation pelvienne. A la même époque et pour la première fois, léger écoulement vaginal; puis pendant cinq mois suppression des menstrues, à laquelle ont succédé des métrorrhagies graves et fréquentes. La malade présentait tous les symptômes locaux et généraux du cancer ulcéré de la matrice : douleurs térébrantes et pongitives, se faisant sentir surtout profondément vers la région anale, tiraillement douloureux dans les aines, à la vulve et à la partie interne et supérieure des cuisses. La station, la marche et la défécation augmentaient toutes ces souffrances. Ecoulement continuel par la vulve de matières sanieuses, brunes, d'une fétidité repoussante ; expulsion à chaque instant de caillots de sang noirs, volumineux, à demi putréfiés. Lèvre postérieure du col complétement détruite ; le doigt pénétrait dans une excavation profonde, anfractueuse, à bords déchiquetés, d'où s'élevaient des fongosités mollasses. La malade présentait en outre tous les symptômes de la cachexie cancéreuse : appétit faible, digestions lentes, difficiles, constipation opiniâtre, pâleur des muqueuses, teinte hâve et blafarde de la peau, bouffissure de la face, amaigrissement extrême, bruit de souffle dans les carotides.

Le 19 novembre, dans le but de modérer les souffrances et de rendre moins

abondant l'écoulement sanguin, qui était continu, nuit et jour, M. Teissier prescrivit une potion avec 0,50 d'ergotine et 15 grammes de sirop de diacode et un suppositoire olivaire composé de : extrait de belladone et extrait thébaïque, de chaque, 2 centigrammes. L'ergotine, administrée pendant quatre jours consécutifs réussit merveilleusement à modérer la perte du sang ; malheureusement elle avait déterminé des coliques utérines si violentes, malgré l'emploi des suppositoires calmants, qu'on se vit obligé d'en suspendre l'usage. Le 25, la perte ayant repris son cours habituel, M. Teissier ordonna une potion avec 2 grammes de teinture de cannelle et 10 gouttes de laudanum, en continuant l'usage des suppositoires. Au bout de quelque temps, on remplaça la potion par les prises suivantes : cannelle pulvérisée et limaille de fer, de chaque, 10 centigrammes ; une prise avant chaque repas.

Sous l'influence de cette médication, la perte sanguine diminua très-rapidement; les souffrances devinrent très-supportables et permirent à la malade de goûter pendant la nuit quelques heures d'un sommeil réparateur; ainsi les fonctions digestives se relevèrent et les forces se rétablirent un peu. La malade, très-satisfaite de l'amélioration obtenue, quitta le service le 26 décembre.

Quelle est la raison de ces douleurs si vives causées par l'ergotine? On la trouve dans son mode d'action ; elle n'agit qu'en déterminant vers l'utérus des contractions assez fortes qui tendent à dilater le col et produisent ici des tiraillements extrêmement douloureux sur cette partie enflammée et ulcérée. La teinture de cannelle jouit d'une efficacité aussi puissante, sans présenter ce grave inconvénient. Donnée en potion, à la dose de 2, 3 et 4 grammes, elle supprime souvent en très-peu de temps une métrorrhagie même assez forte. Dans tous les cas, on parvient, par son usage prolongé, à modérer très-sensiblement les pertes sanguines journalières qui existent chez presque toutes les femmes dans la deuxième période de l'affection cancéreuse du col; souvent même, on réussit à suspendre tout écoulement de sang, pendant un temps plus ou moins long. La teinture de cannelle exerce, en outre, sur toute l'économie cette influence heureuse que nous avons signalée en parlant de la chlorose : les malades reprennent un peu leurs forces, elles digèrent plus facilement, et si, au moyen des stupéfiants, on a pu calmer les souffrances, on obtient, dans quelques cas, une amélioration assez grande pour donner à la malade l'espoir d'une guérison prochaine.

§ 3. *Métrorrhagies puerpérales.* — Tous les accoucheurs ont remarqué que chez les femmes grosses, une constitution débile ou détériorée, un tempérament lymphatique et nerveux constituent une prédisposition puissante aux métrorrhagies. Les femmes lymphatiques, faibles, cachectiques, dont les tissus sont mous, la circulation languissante, qui ont une menstruation irrégulière et sont affectées de leucorrhée chronique, sont très-souvent, pendant leur grossesse, prises d'hémorrhagies, qui finissent par les faire avorter. « Chez

elles, dit M. Cazeaux, la face est pâle, le pouls mou, petit, irritable, la langue blanche, les digestions pénibles, les intestins paresseux, les extrémités froides ; le moindre exercice les fatigue, quelquefois même épuise leurs forces, et souvent cette fatigue s'accompagne de pesanteur, de tiraillements douloureux dans les reins et dans les aines ; pour peu qu'elles soient restées longtemps debout, il leur semble que la matrice a besoin d'être soutenue et qu'elle est sur le point de s'échapper par le vagin et le rectum. Le traitement est ici clairement indiqué : on prescrit, pour prévenir l'accident, un régime tonique, les ferrugineux et les amers ; la cannelle, conseillée dans ces cas par les auteurs, présente les mêmes avantages que chez les chlorotiques dont les menstrues sont trop abondantes.

Les femmes qui présentent cette constitution faible et délicate ne sont pas hors de tout danger lorsqu'elles ont pu arriver au terme de la grossesse : il est fréquent de voir survenir chez elles, immédiatement après la sortie du fœtus, une hémorrhagie souvent très-grave, causée par l'inertie de matrice, hémorrhagie d'autant plus redoutable qu'elle s'est déjà reproduite un plus grand nombre de fois. Il est important de prévoir cet accident, lorsque son existence dans les grossesses antérieures le fait redouter. C'est dans ce but que les accoucheurs donnent le conseil d'avoir recours, pendant les derniers temps du travail, à tous les moyens propres à réveiller la contractilité de l'utérus, avec pressions et frictions sur les parois abdominales, à l'application sur le ventre de compresses trempées dans un liquide froid et vinaigré, mais surtout à l'administration de 1 à 2 grammes de seigle ergoté, vingt ou trente minutes avant l'expulsion du fœtus. L'efficacité de l'ergot de seigle ainsi administré est incontestable; néanmoins, son emploi soulève quelques objections : il n'est pas toujours possible de déterminer l'heure précise à laquelle se terminera l'accouchement, et, en l'administrant trop tôt ou trop tard, on s'expose, soit à produire des contractions trop énergiques, soit à ne pas prévenir l'hémorrhagie. M. Teissier n'ose pas recourir au seigle ergoté par un autre motif encore, la crainte de déterminer la mort du fœtus par empoisonnement. Quoi qu'il en soit de cette dernière opinion, c'est une des raisons qui ont déterminé ce médecin à expérimenter la cannelle comme agent préventif de ce redoutable accident, et l'observation suivante montre la conduite qu'il suit dans le cas où la connaissance des antécédents fait redouter une hémorrhagie puerpérale.

Obs. IV. ***Bons effets de la teinture de cannelle pour prévenir les hémorrhagies puerpérales ; quatre accouchements successifs suivis d'une forte métror-***

rhagie; cinquième accouchement; administration de la teinture de cannelle, point d'hémorrhagie; suites naturelles. — Mme C..., âgée de vingt-neuf ans; tempérament lymphatique sanguin, constitution assez bonne, mais à chairs molles et légèrement bouffies, devient enceinte pour la cinquième fois au commencement de 1854; les quatre premiers accouchements ont été faciles et naturels; mais chaque fois, immédiatement après la sortie du fœtus, elle eut une hémorrhagie utérine abondante que n'arrêta pas la délivrance. Cette métrorrhagie s'accompagnait de syncopes, de petitesse du pouls, de pâleur extrême, symptômes effrayants qui duraient environ six ou sept heures, malgré l'administration du suc de citron, de l'ergot de seigle, malgré la compression de l'utérus, et laissaient à leur suite une altération profonde de la santé et un état de chloro-anémie qui se prolongea pendant trois ou quatre mois.

En présence d'une cinquième grossesse, qui probablement devait se terminer de la même manière que les précédentes, M. Teissier donna le conseil de soumettre Mme C... à l'emploi de la teinture de cannelle dès que le travail de l'accouchement serait commencé. Ce conseil fut suivi; Mme C... accoucha à la fin de septembre. Dès les premières douleurs, on lui administra par cuillerée une potion contenant 4 grammes de teinture de cannelle. Six heures après, l'accouchement avait lieu; on fit la délivrance au bout d'un quart d'heure; les lochies s'établirent ensuite d'une manière naturelle; il n'y eut pas d'hémorrhagie, et Mme C..., au bout d'une dizaine de jours, était parfaitement rétablie et jouissait d'une bonne santé, qui ne s'est pas démentie depuis cette époque.

Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre d'asseoir un jugement définitif sur la valeur de cette médication préventive, mais ils méritent l'attention des médecins, à cause de l'importance de cette partie de la thérapeutique obstétricale. Pendant les suites de couches, les femmes présentant cette malheureuse organisation sont encore très-fréquemment affectées de métrorrhagie; la perte est alors le plus souvent peu abondante, mais elle présente une certaine gravité, à cause de sa durée et à cause de l'état alarmant de chloro-anémie qu'elle détermine très-rapidement. La cannelle jouit encore ici d'une vertu merveilleuse. J.-C. Chomier, D.-M.-P.

Valbenoite (Loire).

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la prétendue transmission de la syphilis par l'intermédiaire du vaccin. — Indépendance parfaite du virus vaccin et du virus syphilitique. — Nous donnions, dans notre dernier numéro, en les empruntant à un journal belge, les détails d'une affaire si étrange, si monstrueuse, que nous voulions, avec peine, en croire ce que nous lisions dans ce journal. Un médecin de Bamberg, disait *le Scalpel,* avait été condamné d'abord à la prison, puis à une amende,

pour avoir inoculé la syphilis à des personnes bien portantes, en les vaccinant avec du vaccin pris sur un enfant prétendu syphilitique. Il y avait là effectivement quelque chose de si extraordinaire à voir un tribunal juger, *ex cathedra*, contre la médecine une question parfaitement jugée de nos jours, que nous ne pouvions croire à tant d'erreur et d'aveuglement de la part de la magistrature. Le fait est, cependant, que cette condamnation a eu lieu en première instance ; mais, sur une consultation très-bien faite de deux de nos confrères d'outre-Rhin, MM. Pauli et Heyfelder, le tribunal d'appel a réformé le jugement; seulement, comme le médecin mis en cause était médecin cantonal, et avait contrevenu aux règlements en empruntant du vaccin à un enfant mal portant, il a été condamné à une amende.

On voit que le tribunal d'appel a voulu laisser intacte la question de la possibilité de la transmission du virus syphilitique par l'intermédiaire du vaccin. Mais cette question ne pouvait être abandonnée aux hasards d'un jugement civil. C'est ce qu'a pensé M. Pauli, qui a adressé son rapport à la Société de chirurgie, en la priant de se prononcer. La Société de chirurgie avait renvoyé ce travail de M. Pauli à M. Broca, qui a présenté, dans une des dernières séances, à ses collègues, un rapport remarquable que le défaut d'espace nous empêche seul de reproduire. Nous le regrettons d'autant plus que nos lecteurs auraient pu y voir quelle communauté d'opinions et de pensées nous lie au savant rapporteur. Mais ce rapport a été suivi d'une discussion, et celle-ci a fourni aux hommes compétents l'occasion de donner le résultat de leur expérience.

Mieux que personne, MM. Cullerier et Ricord, le premier, chirurgien à Lourcine, le second, ancien chirurgien de cet hôpital, étaient en mesure de dire ce qu'il fallait penser de la possibilité de cette transmission du virus syphilitique par le vaccin. Non-seulement, a dit M. Cullerier, j'ai vacciné des enfants syphilitiques, et je n'ai jamais vu que la diathèse syphilitique fût sensiblement modifiée, mais encore j'ai vacciné des enfants sains, des adultes, avec du vaccin pris chez des enfants syphilitiques, et jamais il n'est rien survenu de fâcheux. Dans le premier cas, si la syphilis n'existait encore qu'en puissance au moment de la vaccination, son apparition ultérieure n'a été en rien accélérée ou modifiée, et si elle existait déjà, comme chez un enfant couvert presque partout le corps d'ecthyma syphilitique, que j'ai vacciné, il y a quelques années, les pustules du vaccin se sont développées avec une régularité parfaite et ont suivi toutes leurs phases naturelles, sans que l'ecthyma ait éprouvé la moindre

modification. De même, dans le second cas, le vaccin pris chez des enfants syphilitiques, transporté chez des enfants sains, n'a reproduit que le vaccin, et des transplantations successives n'ont fait que confirmer ce que tout le monde admet aujourd'hui, l'indépendance des virus, et en particulier l'indépendance du virus vaccin et du virus syphilitique. M. Ricord n'a pas été moins explicite : il a signalé seulement une particularité, c'est que les cicatrices vaccinales peuvent être à leur tour le siége de manifestations syphilitiques.

En résumé, la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie aura pour résultat de couper court à toutes ces fâcheuses imputations que l'on voulait faire peser sur le vaccin ; et si, en temps ordinaire, un médecin ne doit pas se servir du vaccin pris chez des sujets syphilitiques, il n'est pas douteux qu'en temps d'épidémie variolique, il ne dût se faire aucun scrupule d'emprunter du vaccin à un sujet couvert d'éruptions syphilitiques, ou portant même des manifestations plus avancées encore de la diathèse syphilitique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cataracte et pupille artificielle. *Emploi simultané de deux aiguilles dans certaines opérations pratiquées sur l'œil.* Un des ophthalmologistes les plus distingués de l'Angleterre, M. Bowman, communiquait dernièrement à la Société médico-chirurgicale de Londres les détails d'une ingénieuse opération, qui consiste à employer simultanément deux aiguilles introduites dans divers points à travers l'enveloppe externe, et à les faire agir de concert sur des fausses membranes, la capsule cristalline opaque, sur l'iris, et même sur le cristallin dans certaines circonstances. Ce procédé opératoire présente, au dire de M. Bowman, plusieurs avantages. Des portions opaques de la capsule sont souvent très-molles, et se trouvant attachées au ligament suspenseur du cristallin ou aux bords pupillaires de l'iris, elles fuient devant l'instrument, même lorsqu'on cherche à les déchirer transversalement, ce qui n'est pas sans danger, surtout au point de vue des lésions et de l'inflammation de l'iris ou des procès ciliaires. Deux aiguilles arrivant sur la capsule opaque, de différents côtés de la sclérotique ou de la cornée, se fournissent l'une à l'autre un point de résistance, et la capsule peut être incisée ou déchirée à volonté. Si elle est réticulée, il est possible d'enrouler une aiguille autour d'une de ces mailles, de manière à s'en servir comme point d'appui si elle est trop peu résistante. Ces deux aiguilles se meuvent librement, si on les a introduites aux deux points opposés de la cornée, la pupille ayant toujours été, autant que possible, dilatée avec l'atropine. Il est rarement besoin de faire pénétrer une de ces aiguilles à travers la sclérotique. Les paupières doivent être relevées soit par un aide, soit par un releveur de la paupière supérieure. Les aiguilles dont on se sert en pareil cas sont les aiguilles ordinaires à cataracte, à tige cylindrique et d'une grosseur suffisante pour fermer l'ouverture de la cornée, avec la pointe ou bien droite et tranchante, ou bien légèrement recourbée suivant les circonstances. Dans aucun cas il n'est nécessaire de faire pénétrer l'instrument à une profondeur de plus d'un demi-pouce ; la tige peut par conséquent être plus grosse à partir de ce point. Ce procédé opératoire a été mis également en usage avec succès par M. Bowman pour pratiquer une pupille artificielle sur un iris ramolli, sans l'arracher de son point d'attache

et sans altérer autrement l'intérieur de l'œil. (*The Lancet.*)

Emphysème traumatique, *suite de blessures de la trachée, traité avec succès par les ponctions multiples et la compression.* La conduite à suivre dans les cas où un emphysème traumatique se produit avec rapidité, et menace d'envahir une grande partie du tronc, est d'autant plus importante à connaître que cet emphysème, souvent peu important lorsqu'il se maintient dans d'étroites limites, peut gêner considérablement la respiration dans le premier cas, et finir même par amener la mort. Donner issue à l'air le plus promptement possible par des piqûres, par des incisions mêmes, telle est la seule conduite à suivre en pareil cas; une compression douce pratiquée sur les parties œdémateuses achève de mener à bien la résolution. C'est ce qui nous engage à donner en quelques mots l'observation suivante de M. Trapenard. Un enfant de deux ans, en tombant sur une pointe de fer aiguë, s'ouvrit la trachée au côté droit du cou, un peu au-dessous du cartilage thyroïde. Le fer fut arraché de la plaie par la mère de l'enfant, et bientôt le cou, le bas de la face, la partie antérieure du côté droit du thorax enflèrent d'une façon étrange; l'enfant était dans la prostration la plus complète; de faibles vagissements accusaient seuls la douleur; on crut qu'il allait expirer. Le lendemain seulement, M. Trapenard fut appelé près de cet enfant: l'emphysème était toujours considérable; la plaie de la peau était complétement fermée. De nombreuses piqûres furent faites sur les parties emphysémateuses, des compresses de sureau appliquées sur la plaie, maintenues par quelques tours de bande, et trois jours après, à son grand étonnement, M. Trapenard apprit la guérison de son petit malade. (*Rapport de la Société de méd. de Gannat.*)

Etranglement *interne traité avec succès par l'introduction d'un tube en gomme élastique et les injections d'eau tiède.* On n'a pas assez souvent recours, dans les cas de ce genre, à l'introduction, dans le rectum et le gros intestin, d'un tube en gomme élastique. Indépendamment de ce que, dans certains cas, cette introduction peut lever d'emblée l'obstacle au cours des matières, lorsque, par exemple, cet obstacle est formé par des matières fécales endurcies, elle donne le moyen de porter dans la partie supérieure du gros intestin une quantité considérable d'eau tiède, qui, à son tour, concourt efficacement à faire cesser l'étranglement. Dans le fait rapporté par M. Trend, c'était un homme de soixante-neuf ans, sujet, depuis quelques années, à des constipations avec débâcle. Depuis quarante-huit heures, le malade n'avait pas été à la garde-robe: anxiété considérable, douleur très-vive dans le ventre, sans gonflement; un peu d'accélération du pouls, sans augmentation de fréquence. M. Trend commença le traitement par un lavement purgatif: aucun effet. Le lendemain, il ne fut pas plus heureux avec quatre pilules, chacune d'une goutte d'huile de croton et de 0,25 d'extrait composé de coloquinte. Le troisième jour du traitement on continua les pilules, mais les douleurs devenaient de plus en plus vives, ressemblant de plus en plus aux douleurs du travail chez la femme; l'anxiété est extrême. Même état le quatrième jour: le ventre commençait à se tuméfier, sans grande sensibilité; hoquet, un seul vomissement, refroidissement des extrémités. On continua l'huile de croton avec de l'opium. Enfin, le cinquième jour, le malade était au plus mal: les douleurs étaient excessives, et il lui était impossible de garder une position quelconque; le ventre était tuméfié et météorisé; hoquet toutes les cinq ou dix minutes; il avait vomi deux fois pendant la nuit. M. Trend se décida à introduire aussi haut que possible le tube d'une pompe stomacale, et, après l'avoir fait pénétrer à une profondeur de quatorze à seize pouces, il injecta de grandes quantités d'eau tiède, mais il n'y eut pas de soulagement; l'eau ressortait presque aussi claire qu'avant l'injection. Toute tentative pour la faire pénétrer plus haut fut sans succès. M. Trend se borna à l'administration de quelques grains d'opium, et, sous cette influence, le malade était déjà mieux le lendemain. Une nouvelle introduction de la pompe stomacale et l'injection par le tuyau d'une grande quantité d'eau tiède réussirent mieux ce jour-là. En effet, en retirant le tube il s'échappa quelques gaz, bientôt suivis d'une abondante évacuation, qui amena un très-grand soulagement. Quatre autres évacuations, qui suivirent celle-ci de très-près, consolidèrent la guérison. Deux mois après les mêmes accidents s'étant reproduits, le même traitement a été couronné de succès. Le malade a été engagé à ne

pas rester un seul jour sans provoquer des garde-robes, si elles ne sont pas spontanées. M. Trend aurait dû, en outre, recommander une nourriture particulière fournissant peu de résidus et surtout défendre d'user de fruits à pepins ou à noyau. Nous connaissions une personne sujette à des accidents de ce genre, qui avait échappé à grand'peine à l'une de ces atteintes. Pendant plusieurs années, sa santé avait été excellente, grâce aux précautions que nous venons d'indiquer. Un jour, elle eut l'imprudence de manger quelques cerises sans cracher les noyaux; les accidents d'étranglement ne tardèrent pas à reparaître, et cette fois elle finit par succomber. (*Association med. journal*)

Fièvre jaune (*De l'inoculation du venin de la vipère comme moyen prophylactique de la*). Les expériences dont nous avons à entretenir nos lecteurs sont tellement étranges, et les résultats annoncés tellement extraordinaires, que, malgré le nom honorable que porte le médecin qui les a publiés, nous nous serions peut-être abstenu d'en parler, si l'expérience ne nous eût appris depuis longtemps que, dans notre science, il est bon et utile de consigner provisoirement des choses qui semblent contraires aux idées reçues, si surprenantes qu'elles paraissent, parce que l'expérience ne tarde pas à faire justice des exagérations ou des mensonges, et qu'à se montrer trop sévère, on court le risque de repousser des découvertes véritables, ou d'en ajourner pour longtemps l'application. Il est très-probable, du reste, que cette inoculation du venin de la vipère comme moyen prophylactique de la fièvre jaune, dont on fait tant de bruit aux Antilles, au Mexique et dans l'Amérique du Sud, n'est pas une chose aussi nouvelle qu'on voudrait bien le dire. Tout le monde connaît aujourd'hui les heureux résultats obtenus par l'inoculation dans la péripneumonie épizootique des bêtes bovines, d'après la méthode de M. Willems, et il n'est pas impossible que le retentissement de ces expériences soit arrivé jusqu'à M. Humboldt. Quoi qu'il en soit, voici comment il raconte sa découverte :

Frappé de voir coïncider l'apparition des symptômes de la fièvre jaune chez les condamnés transférés à pied de l'intérieur de la République aux présides de la Vera-Cruz, avec la morsure sur les pieds nus d'une petite vipère très-commune dans ces parages, ayant fait mordre des chiens par ces reptiles, et ayant constaté chez ces animaux des symptômes d'empoisonnement, et la mort avec d'abondantes hémorrhagies et des signes de congestion cérébrale, M. Humboldt se demanda si l'inoculation du venin de la vipère ne préserverait pas de la fièvre jaune. Seulement, il n'y avait pas à songer à l'employer pur, et M. Humbold, pour l'affaiblir, eut l'idée de l'insérer dans une matière animale, dans un foie de mouton qu'il faisait mordre six fois par jour par six vipères différentes, et qu'il laissait entrer ensuite en putréfaction. C'est avec le liquide provenant de cette décomposition, et après de nouvelles expériences sur des chiens n'ayant amené de symptômes fébriles que pendant quelques jours seulement à la suite de trois à six inoculations, que M. Humboldt s'est décidé à inoculer le venin à l'homme. Il a commencé par douze condamnés, chez chacun desquels il a fait quatre piqûres aux bras. Tous ces individus ont présenté, au bout de quelques heures, de la céphalalgie frontale et de la rachialgie; plus tard, un état fébrile d'une durée de quatre à douze heures, se répétant les trois ou quatre jours suivants, après lesquels tout rentrait dans l'ordre. Plus de deux cents personnes, prises parmi les galériens ou parmi les Européens récemment arrivés à la Vera-Cruz, furent inoculées, et, pendant les trois années qui ont suivi, aucune d'elles ne fut attaquée de la fièvre jaune. Durant les années 1850, 51 et 52, le nombre des inoculations s'est élevé à 1,438, et sept seulement ont eu la fièvre jaune, qui s'est terminée heureusement. A la Nouvelle-Orléans, M. Humboldt a inoculé trois cent quatre-vingt-six Irlandais et Nord-Américains récemment arrivés, dont aucun ne fut attaqué de fièvre jaune pendant une épidémie meurtrière. Enfin, à la Havane, plus de deux cents personnes se sont fait inoculer dans ces derniers temps, sans accident.

Que penser de ces résultats? Evidemment tout jugement est encore impossible à porter. Ce dont il faudrait s'assurer en premier lieu, c'est si les inoculations du médecin allemand constituent réellement un moyen prophylactique de la fievre jaune, et c'est précisément ce qui n'est pas mis hors de doute par les faits rassemblés par M. Humboldt. Qui peut affirmer que ce médecin ne sera pas tombé sur des

séries heureuses, comme cela se voit fort souvent en thérapeutique? Nous ne sommes pas étonné de l'enthousiasme qu'a suscité cette découverte dans les pays où la fièvre jaune est endémique, le résultat espéré, sinon obtenu, est bien suffisant pour le justifier; mais l'expérience, et l'expérience de plusieurs années, peut seule juger la question. Il resterait cependant encore à savoir si c'est bien au venin de la vipère ou plutôt à la simple inoculation d'une matière putride et à la modification dynamique dont elle est le point de départ, comme dans les expériences de M. Willems, qu'il faudrait rapporter cette curieuse immunité. (*Compte rendu de l'Académie des sciences.*)

Kystes *séreux du cou*; *leur traitement*. De tous les procédés mis en usage pour la guérison de ces kystes, l'incision est le plus convenable et le plus simple; mais pour la rendre, dans tous les cas, exempte de suites fâcheuses, il faut, suivant M. Roux (de Brignolles), opérer de la manière suivante : 1° donner la préférence à une incision modérée, verticale ou parallèle aux organes voisins; 2° placer dans les lèvres de la plaie une très-petite mèche de linge, qui occupe le tiers ou la moitié au plus de son étendue, afin d'éviter la réunion de ses bords et de favoriser l'écoulement du liquide séreux pendant quelques jours; 3° surveiller attentivement, dès les premières heures, les parties qui ont été le siége de l'opération; 4° réserver les cautérisations avec le nitrate d'argent et les injections iodées, qui alternent avec les caustiques dans la pratique de quelques chirurgiens de nos jours, pour une époque où l'inflammation aiguë du cou n'est plus à craindre, et en prolonger l'usage jusqu'à la destruction complète des poches séreuses. (*Compte rendu de l'Acad. de Méd.*, juillet.)

Luxations *de la mâchoire inférieure* (*Nouvelle méthode pour réduire les*). Ce qui constitue la nouvelle méthode que préconise le docteur Léo, c'est que les deux luxations temporo-maxillaires qui constituent la luxation complète de la mâchoire inférieure, au lieu d'être réduites simultanément, le sont séparément et l'une après l'autre. Le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien se place derrière lui, et de la main et de l'avant-bras gauches fixe la tête du patient contre sa poitrine. Il porte ensuite le pouce de la main droite sur les dernières molaires droites, qu'il cherche à déprimer pendant que les autres doigts embrassent le corps de la mâchoire. Aussitôt que la pression de haut en bas a dégagé le condyle de ce côté, le chirurgien le reporte en arrière dans la cavité glénoïde. Il répète ensuite la même manœuvre pour le côté gauche. Si notre confrère veut jeter les yeux sur le Traité des luxations de M. Malgaigne, il verra que ce procédé a déjà été employé deux ou trois fois, ce qui ne l'empêche pas d'être peu connu; aussi nous a-t-il paru utile de rappeler l'attention sur cette pratique, qui réussit quelquefois alors que les méthodes usuelles ont fait défaut (*Deutsche klinik* et *Gaz. hebd.*, juillet.)

Néphrite albumineuse (*Utilité des diurétiques et en particulier de la digitaline dans la*). On s'effraye trop de l'emploi des diurétiques dans les anasarques qui se lient à la forme subaiguë ou chronique de la maladie de Bright. Sans doute, lorsqu'il existe encore de la douleur dans la région des reins, lorsqu'il y a de la fièvre et des urines sanglantes, leur emploi présente de graves inconvénients. Mais en est-il de même lorsque la maladie est arrivée à la période d'état, lorsque tout mouvement fébrile a disparu et que l'œdème des extrémités est venu compliquer par sa présence l'altération déjà produite dans la structure du rein et dans la composition du sang? Nous sommes heureux de voir un des praticiens les plus distingués dont l'Angleterre s'honore, M. Christison, venir avec sa haute expérience réclamer contre l'abandon des diurétiques dans ces cas. « Je ne saurais trop m'élever, dit-il, contre le peu de fondement des théories et l'observation incomplète des faits sur lesquels on s'est basé pour exclure les diurétiques du traitement de l'hydropisie rénale. Cette conduite a privé certainement un grand nombre de personnes d'un des moyens de soulagement les plus efficaces et les plus immédiats contre une des principales affections secondaires qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright. Je puis répéter ici, de la manière la plus formelle, que je n'ai jamais vu, dans un seul cas excepté, l'albuminosité de l'urine ou tout autre indice tiré de l'état de l'urine, ou de tout autre symptôme local, s'aggraver par le fait de l'emploi des diurétiques dont je me suis servi, à savoir de la

digitale, de la seille et du bi-tartrate de potasse, donnés tantôt seuls, tantôt réunis. Je ne prétends pas affirmer la chose pour tous les diurétiques, mais je soupçonne qu'il doit en être de même pour tous. Je puis l'affirmer du reste pour la digitaline, car dans les deux cas dans lesquels j'en ai fait usage, l'albumine, au lieu d'augmenter, a été rapidement et convenablement en diminuant. Dans un cas, elle avait disparu entièrement en quelques jours, et elle n'a pas reparu tant que le malade est resté en convalescence soumis à mon observation. Dans l'autre cas, elle avait disparu également ; mais quelques jours après, l'albumine reparut, quoiqu'en moindre proportion. La digitaline, qui stimule les reins à une sécrétion exagérée, n'a donc pas, comme on l'a dit de la digitale et des autres diurétiques en général, l'inconvénient d'aggraver l'irritation rénale particulière qui constitue ou occasionne la maladie de Bright. » (*Monthly journal.*)

Régime alimentaire (*Influence du*) *suivi pendant la grossesse sur le volume de l'enfant.* Nous avons été des premiers à fixer l'attention sur le parti que l'on peut tirer de l'influence du régime alimentaire sur le développement du fœtus, en publiant, il y a quelques années, dans ce journal l'intéressant mémoire de M. Depaul. Un fait, récemment observé à la clinique de M. Dubois, vient prêter son appui à cette méthode thérapeutique en l'éclairant, et prouver qu'il n'est pas du tout chimérique de poursuivre, par un régime approprié, la réduction du volume de l'enfant, et, par conséquent, la possibilité d'obtenir un enfant vivant et viable dans des cas de vices de conformation du bassin, constatés par les difficultés d'accouchements antérieurs.

La femme dont il s'agit est mariée depuis un an. Devenue enceinte quelques mois après, elle a été prise aussitôt de douleurs d'estomac intolérables. Ces douleurs commençaient à se faire sentir une demi-heure après l'ingestion des aliments et persistaient pendant toute la durée de la digestion, sans vomissements fréquents et répétés. On lui prescrivit une cuillerée à café de magnésie à prendre dans un verre d'eau sucrée après chaque repas. Cette médication ne changea rien à l'état de la malade, qui n'osait pas manger, et qui, sous l'impression de cette frayeur, s'est condamnée à une alimentation entièrement restreinte jusqu'au moment où elle est accouchée. L'enfant n'était pas à terme, peut-être avait-il huit mois et demi ; il pesait à peine 1,500 grammes, poids assurément inférieur à celui d'un enfant viable ; mais on remarquait chez lui une vivacité insolite et quelque chose de particulier dans les mouvements, dans le regard, qui ne s'observe généralement que chez l'enfant viable. Il jouissait, en outre, comme ce dernier, de la faculté de prendre le sein et de téter avec une énergie suffisante, en sorte que, quoique petit et d'un poids fort léger, cet enfant a pu être considéré comme ayant atteint la presque totalité de son développement intra-utérin. Quant aux proportions minimes de ce développement, on l'expliquerait naturellement par les circonstances dans lesquelles la mère s'était trouvée pendant la grossesse. Le placenta, qui fut examiné avec d'autant plus de soin qu'il peut être quelquefois altéré dans une plus ou moins grande proportion en ses éléments constitutifs, n'offrait rien de particulier que quelques petits dépôts de sang sans induration circonvoisine et dès lors insignifiants, si ce n'est son petit volume. Il y avait sous ce rapport accord à peu près parfait entre le développement des deux parties principales de l'œuf ; et comme ce développement dépend des matériaux de nutrition fournis par l'utérus, il ne répugne pas d'admettre que si cet organe a joué le rôle de sol ingrat, c'est la conséquence directe de l'alimentation restreinte à laquelle la malade s'est vue condamnée pendant sa grossesse (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

Ténia (*Valeur respective de la fougère mâle et du kousso contre le*). Nous ne sommes pas de ceux qui s'engouent des médicaments nouveaux au point de vouloir rayer immédiatement de la matière médicale tous ceux qui avaient été employés jusque-là, à la grande satisfaction des médecins et des malades. L'expérience du passé nous a trop souvent montré qu'il n'y a pas de médicament absolument infaillible, en même temps qu'il n'y en a pas de véritablement nécessaire dans toute l'acception de ce dernier mot. Combien de personnes avaient pensé, par exemple, que le kousso, qui arrivait avec une réputation immense de l'Abyssinie, devait faire oublier tous les autres ténifuges et ténicides ! Certes, le kousso a tenu la plupart

des promesses de ses admirateurs, mais il a eu, lui aussi, ses revers, et nous trouvons dans une note du docteur Paterson la confirmation de cette proposition générale, qu'en thérapeutique on ne réussit pas toujours par les mêmes moyens, et qu'il faut savoir abandonner un agent thérapeutique pour passer à un autre, dès que l'inefficacité du premier est suffisamment démontrée; c'est ainsi que sur trois faits de ténia observés et traités par M. Paterson, il en est deux qui nous montrent l'inefficacité relative et même absolue du kousso et de la fougère mâle.

Dans la seconde observation, par exemple, chez une jeune fille de vingt-quatre ans, la fougère mâle et le kousso avaient été essayés successivement sans succès aucun, car la malade n'avait pas rendu de débris du ver, et même leur emploi avait été suivi de beaucoup de douteur, de prostration et de défaillance, tandis que l'association de la térébenthine à l'huile de ricin en fit rendre plus tard de grands morceaux à la malade. Dans la première observation, chez un homme de trente-huit ans, la térébenthine et l'huile de ricin avaient échoué; on fit prendre au malade 2 grammes d'oléo-résine de fougère mâle, qui lui fit rendre plus de vingt pieds du ténia, mais sans qu'on pût y reconnaître la tête. Le même médicament lui fut encore administré deux fois, à huit jours d'intervalle, sans qu'il rendît rien. On pouvait donc le croire guéri, lorsque deux mois après il vint consulter de nouveau le docteur Paterson pour son ancienne maladie; il avait découvert la veille dans son lit des anneaux morts de ténia. Nouvelle administration d'oléo-résine de fougère mâle suivie, douze heures après, d'huile de ricin; il évacua une douzaine d'anneaux, mais tout se borna là, malgré l'administration d'une seconde dose de fougère. Trois mois après, il vint réclamer de nouveau des soins. Cette fois, M. Paterson résolut de se servir du kousso, et lui en fit prendre 15 gr., suivant la manière accoutumée. Une demi-heure après, il rendait vingt pieds de ténia entièrement intacts. Il y avait donc tout lieu de croire à une guérison Il n'en fut rien, cependant, et le malade revenait encore trois mois après. Une nouvelle dose de kousso provoqua l'évacuation de quelques pieds de ténia avec un grand soulagement; mais le malade n'a pas été guéri entièrement. Il en est, au reste, de même de la malade de la seconde observation. Quant à la malade de la troisième observation, âgée de trente-deux ans, elle avait été déjà traitée sans succès par l'écorce de racine de grenadier, lorsqu'elle fut soumise à l'emploi de la fougère mâle, qui lui fit rendre plusieurs portions du ver avec grand soulagement; mais, pas plus que les malades précédents, elle ne fut guérie définitivement, car elle rendait de temps en temps des morceaux de ténia jusqu'à sa mort, qui eut lieu une année après, des suites d'une phthisie.

Que conclure de tous ces faits? Evidemment, avec M. Paterson, que le kousso et l'oléo-résine de fougère mâle constituent l'un et l'autre des moyens d'une grande puissance, très-nuisibles au parasite, et par conséquent de véritables conquêtes de la thérapeutique; mais que, en même temps, de même que les autres remèdes recommandés contre le ténia, le kousso et la fougère mâle sont susceptibles d'échouer de temps en temps; ce qui porte à croire que le même ténifuge ne convient peut-être pas à tous les cas, et que chez tel malade le kousso réussit tandis que chez un second ce sera la fougère mâle, chez un troisième la térébenthine. Mais ce qui semble résulter de plus grave de ces trois faits, c'est la difficulté que l'on éprouve avec les moyens les mieux éprouvés pour débarrasser définitivement un malade de son parasite, et il y a même lieu de se demander si la chose est possible dans tous les cas. Quant à la valeur relative du kousso et de la fougère mâle, elle est véritablement jugée par ce qui a été observé chez le premier malade, chez lequel on a vu la fougère mâle réussir d'abord, le kousso ensuite, sans que la guérison ait été plus complète après l'un qu'après l'autre. Il ne semble donc pas démontré que le kousso possède une supériorité bien remarquable sur la fougère mâle, et cette dernière considération a d'autant plus d'importance que le prix de ces deux substances est bien différent, et que l'avantage reste entièrement, sous ce rapport, à la fougère mâle. (*Monthly journal.*)

Térébenthine *ozonisée (Sur l'huile essentielle de), et sur son emploi en médecine.* On sait que l'on désigne aujourd'hui sous le nom d'ozone, que lui a imposé un chimiste suisse, M. Schönbein, du gaz oxygène dont l'électricité a modifié les propriétés, et

qui est devenu éminemment apte à contracter des combinaisons chimiques. On sait aussi que l'on a voulu, dans ces derniers temps, faire jouer un grand rôle à la présence ou à l'absence, à l'excès ou au défaut de ce corps particulier dans la production et la disparition des épidémies, principalement de la grippe et du choléra. Mais, quant aux propriétés thérapeutiques de l'ozone, on sait encore bien peu de chose, et c'est ce qui nous engage à ne pas laisser inaperçues les quelques expériences tentées par M. le professeur Seitz, de Munich, avec l'huile de térébenthine qu'il a ozonisée en l'exposant à la lumière du soleil, dans des bouteilles de verre blanc, qui n'en peuvent être remplies qu'à moitié ou au quart, et qu'on ouvre souvent pour renouveler l'air. L'huile, traitée ainsi, présente, au bout de quelque temps, l'odeur et la saveur de l'huile de menthe; son odeur est pénétrante et désagréable, son goût cuisant et amer; elle occasionne même une certaine douleur à la langue, et y laisse une sensation de froid.

Or, les expériences de M. Seitz tendraient à prouver que l'huile de térébenthine ozonisée est beaucoup plus active à dose égale que l huile de térébenthine ordinaire, et donne lieu à des phénomènes d'irritation des plus marqués vers plusieurs systèmes organiques, en particulier vers la circulation et la respiration, qu'elles exaltent au plus haut degré, vers le cerveau, vers lequel elles donnent lieu à des troubles nerveux graves, vers les reins dont la sécrétion était quelquefois mêlée de sang, et contenait d'autres fois, soit des globules de graisse, soit de l'albumine, du sucre ou de l'acide benzoïque.

Administrée chez l'homme, à la dose de 5 à 15 gouttes sur du sucre, l'huile de térébenthine ozonisée laisse sur la langue un sentiment de froid comme l'huile de menthe, et un arrière goût qui persiste longtemps. Prise à l'intérieur, elle excite la sécrétion salivaire, occasionne de la chaleur à l'estomac, rend la peau passagèrement chaude, le pouls fréquent, et donne à l'urine une odeur de violette, sans autre modification. Appliquée sur la peau, même action que l'huile ordinaire, mais plus prononcée. C'est à la dose de 10 à 20 gouttes, toutes les trois à quatre heures, sur du sucre, dans de l'eau sucrée aromatisée, en émulsion ou dans du miel, que M. Seitz a administré, dit-il, avec succès, cette huile dans des catarrhes chroniques de la vessie, des incontinences d'urine, des hémorrhagies utérines, stomacales, dans le cas de douleurs goutteuses et rhumatismales; mais, à part l'intensité peut-être plus grande de ses effets primitifs ou physiologiques, nous avouons ne pas saisir la différence et surtout la supériorité que M. Seitz a voulu attribuer à cette huile ainsi modifiée par le contact avec l'oxygène de l'air. (*Arch. F. Wiss Heilk.* et *Revue méd.-chir.*, juillet.)

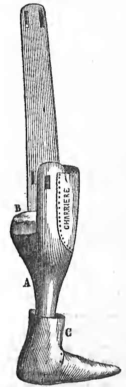
VARIÉTÉS.

Exposition de l'industrie. — Arsenal médico-chirurgical.

Pied artificiel s'adaptant aux jambes de bois, par M. de Beaufort.

La perte d'un membre est un événement si fâcheux pour les malades, qu'on doit suivre avec intérêt toutes les tentatives qui ont pour but d'améliorer les appareils prothétiques destinés à les suppléer. Lorsque la mutilation porte sur les membres inférieurs, un appareil est de toute nécessité. Au point de vue du mécanisme, on peut ranger les divers modèles en deux ordres, qu'Amb. Paré a spécifiés par les naïves dénominations de *jambes des pauvres* et *jambes des riches*. Notons, toutefois, que si le célèbre chirurgien a compté seulement parmi les riches les amputés qui ont fait usage du lourd appareil mécanique dont il nous a transmis la figure, le chiffre des mutilés riches, à son époque, n'a pas dû être considérable. Le nombre est-il plus grand aujourd'hui? C'est ce que nous aurons à apprécier plus tard. Aujourd'hui, nous proposons de mettre en relief la modification heureuse que M. de Beaufort a fait subir à la jambe de bois classique, en remplaçant le pilon par un pied artificiel.

Rien de plus simple que la confection de la jambe de bois. Nous n'avons pas besoin d'entrer dans des détails à ce sujet. Si on jugeait seulement de sa valeur par le nombre des amputés qui en font usage, on serait porté à penser qu'elle ne réclame aucune modification. Le classique pilon offre cependant quelques inconvénients très-réels ; il porte sur le sol par le moyen d'un point d'appui trop étroit, et devient une cause fréquente d'accidents par les faux pas et les chutes qu'il entraîne. Lors même que l'amputé ne tombe pas, s'il heurte une pierre ou tout autre obstacle avec l'extrémité libre du pilon, le choc se transmet à l'extrémité sur laquelle repose le moignon, qui s'enflamme et s'excorie. La disposition de cette partie de la jambe de bois ne lui permet pas d'être relevée directement, et oblige l'amputé à marcher en fauchant.



Le pied artificiel de M. de Beaufort a principalement pour but de parer à ces inconvénients. Comme on le voit sur la figure ci-jointe, il remplace le pilon et s'adapte de même, c'est-à-dire d'une manière fixe à la jambe. Sa partie inférieure décrit une courbe qui fournit des points continus pendant le temps nécessaire pour porter le corps en avant; il donne ainsi une grande solidité à l'amputé, et, de plus, le met à même d'allonger le pas, sa partie antérieure correspondant à la partie antérieure du pied naturel. Les avantages du pied artificiel sont appréciés dès les premiers pas, dit l'auteur. Nulle étude n'est nécessaire, et les habitudes contractées forcément par l'usage du pilon, celle de l'inégalité du pas, etc., se perdent à l'instant même.

Si l'on juge seulement d'une manière comparative l'exécution du pas ou la progression avec l'un et l'autre appareil, on n'hésite pas à donner la préférence au pied artificiel. En se rendant compte du mécanisme de la progression, on voit de suite les avantages d'un avant-pied sur le simple pilon, surtout pour permettre au corps de se porter plus en avant et pour allonger le pas. L'auteur a cherché à imiter dans ce pied en bois le double pivot que représente en arrière le talon et en avant le métatarse. L'inclinaison de ce pied figure en arrière la base du talon, pour élever et soutenir le poids du corps, tandis qu'en avant elle aide à sa progression. Avec le pilon seul, au contraire, le corps tend toujours à s'incliner latéralement, parce que la jambe de bois décrit un arc de cercle dans l'impulsion nécessaire à la marche.

La jambe de bois de M. de Beaufort dissimule mieux la mutilation que l'ancien modèle. A ce titre, il sera préféré par beaucoup de personnes.

Le ministre de la guerre, sur le rapport du chirurgien en chef des Invalides, M. Hutin, a adopté, depuis plusieurs années, le nouveau moyen prothétique pour les amputés de l'hôtel, sans toutefois en rendre l'usage obligatoire. Il avait, en effet, à respecter un sentiment d'amour-propre militaire, qui porte quelquefois ces hommes à ne point vouloir cacher leur glorieuse mutilation. Quelque grande

que soit la modification apportée à la jambe de bois, elle est loin de faire oublier la perte du membre, et on pourrait répéter encore aujourd'hui ces paroles d'une femme de Lacédémone à son fils, qui revenait avec une jambe de bois (appelée alors un *Scipion*) : « Console-toi, tu ne pourras désormais faire un pas sans te souvenir de ce que tu as fait pour ton pays. » Aussi, et surtout l'esprit d'imitation leur venant en aide, la répugnance des Invalides à se servir du nouveau pied artificiel a diminué chaque jour. Notre savant collègue, M. Larrey, dans un rapport à l'Académie de médecine, auquel nous empruntons ces détails, a rendu compte des essais tentés à l'hôtel des Invalides. Ainsi, sur douze amputés munis du pied de M. de Beaufort, on comptait huit amputations d'une jambe au-dessous du genou, deux amputations de cuisse, deux amputations des deux jambes. Ce sont ces derniers, on le pense bien, dont le témoignage est relativement plus favorable, puisqu'ils ont besoin, beaucoup plus que les amputés d'un seul membre, de la solidité des deux pieds artificiels. Or, ces hommes ont assuré qu'à l'aide du pied en bois, ils marchaient plus sûrement qu'avec le pilon. Nous avons vu un malade amputé par ce chirurgien, qui se servait du nouvel appareil et allongeait le pas d'une manière très-remarquable.

Disons, en terminant, que cette transformation du pilon en un pied aussi sûr que solide n'augmente pas de beaucoup le prix de l'appareil, de sorte que son usage pourra s'en généraliser.

Le choix d'un appareil prothétique destiné à un amputé peut entraîner la responsabilité du médecin, témoin le fait suivant rapporté par l'Union médicale. — Une femme de soixante-quinze ans menait sa vache en laisse, quand celle-ci est attaquée par trois autres vaches, qu'un enfant conduisait sans entraves. La pauvre vieille, en voulant défendre sa bête, est renversée, piétinée et reçoit plusieurs blessures graves, parmi lesquelles une fracture comminutive de la jambe gauche. La gangrène s'empare du membre ; on ampute ; le succès dépasse les espérances. La plaie cicatrisée, le chirurgien propose de remplacer le pilon classique par un appareil plus commode que fournit M. Charrière. La note du chirurgien se monte à 400 fr., celle du fabricant à 200 fr. ; les 600 fr. sont remis à notre confrère par le mari de l'opérée. Or, le propriétaire des vaches agressives avait souscrit en faveur du mari l'engagement suivant : « Le sieur X..., afin d'éviter les frais de poursuites en dommages-intérêts que pourrait intenter le sieur Z..., en raison d'un accident arrivé à sa femme, par les bestiaux de ce dernier, et afin de l'indemniser des pertes que peut lui causer cet accident, s'engage à rembourser au sieur Z... tous les frais présents et à venir, qui ont été et qui seront occasionnés par suite de cet accident, et qui seront acquittés par lui sur quittance des médecins qui auront donné leurs soins à la malade. » Le signataire, mis en demeure de remplir son engagement, trouve les frais exorbitants, et refuse de les rembourser. Le tribunal civil, devant qui la contestation est portée, met en cause le chirurgien, et, toutes parties ouïes, rend le jugement suivant :

« Considérant que les honoraires à attribuer à un chirurgien doivent être proportionnés à l'importance de l'opération qui lui est confiée, à la position qu'il occupe dans la science comme opérateur d'une part, et à la condition sociale comme à la position de fortune de ceux qui l'emploient, d'autre part;

« Considérant qu'en prenant les circonstances ci-dessus énoncées, le mémoire du sieur Z... est évidemment exagéré, et que le tribunal possède les documents nécessaires pour en déterminer le chiffre, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à l'expertise;

« Considérant que c'est sur la demande du mari de l'amputée que le chirurgien a fait expédier de Paris une jambe artificielle du prix de 200 fr.;

« Considérant que dans la position de la femme X... comme dans celle de celui qui devait la payer, une jambe artificielle d'un prix aussi élevé n'était pas en rapport avec la position sociale de la personne qui devait s'en servir, non plus qu'avec la position qui devait la payer, etc.;

« Le tribunal fixe à 300 fr. les honoraires dus au sieur Z... et à 50 fr. le prix de la jambe artificielle, et condamne ledit sieur Z... à restituer ce qu'il a reçu en plus, non compris le prix de la jambe artificielle acquitté par lui; le condamne, en outre, à la moitié des dépens. »

Ce jugement a été, dans la presse médicale, l'objet de critiques fondées. On comprend très-bien, en effet, que la position sociale d'un malade soit prise en considération, quand il s'agit de rémunérer des soins qui n'ont pas de valeur fixe, mais non quand il n'y a qu'à statuer sur le prix d'un objet matériel qui a une valeur vénale aisément appréciable. Toute la question était de savoir si l'appareil valait réellement le prix qui en avait été demandé. Le tribunal a sans doute voulu rendre notre confrère responsable de ne pas avoir subordonné le prix de la jambe artificielle à la position de fortune de celui qui devait s'en servir et de celui qui devait la payer. C'est ce qui nous a principalement engagé à placer ce jugement sous les yeux de nos lecteurs.

Un arrêt récent de la Cour de cassation tranche le point le plus litigieux que soulève le droit de la réquisition judiciaire des médecins. Voici les circonstances qui lui ont donné lieu. M. le docteur Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital d'Angoulême, sommé par le commissaire de police de se transporter près d'un individu qui venait d'être tué sous le coup d'un lourd ballot, avait refusé de se rendre à sa réquisition. Cité devant le tribunal de simple police d'Angoulême, il fut purement et simplement relaxé des fins de la plainte sans dépens. Le ministère public se pourvut en cassation, et la Cour a rendu l'arrêt suivant :

« Ouï le rapport de M. le conseiller de Glos, les observations de M. Béchard, avocat du défendeur et les conclusions de M. l'avocat général d'Ubexi;

« Attendu que la signification, qui se trouve dans l'art. 475, nº 12, du Code pénal, est fixée et limitée par les autres événements qu'il dénomme, et que le refus d'obéir à la réquisition faite à l'occasion de ces accidents ne peut dès lors entraîner l'application de la peine édictée contre les personnes qui n'étaient pas dans l'impossibilité absolue d'y obtempérer incontinent; que, dans les cas où ils étaient, comme les tumultes, naufrages et autres événements y spécifiés, susceptibles de compromettre la paix et la sûreté publique, si les travaux, le service ou le recours requis n'étaient pas immédiatement effectués ou prêtés;

« Attendu que le défendeur, Mich. Eyriaud, docteur en médecine, était prévenu de n'avoir pas obtempéré, le 15 mars dernier, à la réquisition du commissaire central de police à Angoulême, de venir constater le décès d'un individu qui avait été tué par la chute d'un ballot de marchandises;

« Attendu que le jugement attaqué, en le relaxant de la poursuite, par le motif que le fait à l'occasion duquel la réquisition avait eu lieu n'était pas accompagné des circonstances qui auraient rendu le secours ou le service obligatoire, a sainement interprété les dispositions de l'art. 475, nº 12, du Code pénal, et, par suite, n'a violé aucune loi; — La Cour rejette le pourvoi. »

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est réorganisée comme il suit : *Professeurs titulaires.* — Anatomie et physiologie, M. Bonamy ; pathologie externe et médecine opératoire, M. Rolland ; clinique externe, M. Dieulafoy ; pathologie interne, M. Gaussail ; clinique interne, M. S. Dassier ; accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Laforgue ; matière médicale et thérapeutique, M. Noulet ; pharmacie et notions de toxicologie, M. Filhol ; médecine légale, M. Causse. *Professeurs adjoints.* — Clinique externe, M. Estevenet ; clinique interne, M. Bernard ; anatomie et physiologie, M. Pécot. *Professeurs suppléants.* — Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Auger ; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. A. Dassier ; pour les chaires de thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Magnes. — Chef de clinique, M. Auger ; chef des travaux anatomiques, M. Nogués.

M. Dassier, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite école.

La Société de médecine de Strasbourg et la Société de prévoyance des médecins du Bas-Rhin réunies ont tenu leur séance annuelle le 12 juillet. Le prix de la Société n'a pas été décerné, mais une mention honorable a été accordée à M. Boucaud, interne des hôpitaux de Lyon. La question mise au concours pour 1856 est rédigée ainsi : « De l'état perpuéral et des modifications que cet état imprime aux maladies qui se développent pendant la grossesse et pendant les couches, en quoi consiste l'état puerpéral, c'est-à-dire, qui est-ce qui le caractérise à l'état physiologique et à l'état pathologique ; indiquer toutes les modifications qui surviennent pendant la gestation dans l'économie de la femme, principalement dans les humeurs sécrétées et dans le sang ; abstraction faite des changements organiques et de l'influence de ces modifications sur la production, la nature et le traitement des maladies puerpérales. »

L'année dernière, à pareille époque, le Courrier de l'Isère, le Courrier de la Gironde et d'autres feuilles médicales ou politiques du Midi retentissaient du bruit de la supériorité de l'homœopathie sur l'allopathie dans le traitement du choléra. C'est à ce point que les adeptes de la doctrine hahnemanienne prétendaient avoir obtenu 635 guérisons sur 635 cas. Ces succès miraculeux, exaltés par une presse incompétente ou dont la religion fut surprise, durent soulever des protestations, des enquêtes, des réfutations ; et, en effet, M. le docteur Cruchet (de Marseille) eut le courage de publier une série de lettres, ayant pour but de démontrer l'incroyable exagération des faits annoncés par les homœopathes en général, et par l'un d'eux en particulier, M. Chargé. Cet homœopathe a écrit cette phrase : « Le choléra a toujours été enrayé par moi, et *guéri dans sa période la plus avancée.* » Ce n'était pas assez de la vigoureuse attaque de M. le docteur Cruchet, la Société impériale de médecine de Marseille a cru devoir réfuter officiellement la brochure de M. Chargé, intitulée : l'Homœopathie et ses détracteurs, à propos du choléra de 1854, et elle a confié à un de ses membres, M. le docteur Sauvet, le soin de lui faire un rapport, au nom d'une Commission choisie dans son sein. Ce rapport se termine par les considérants suivants :

« En conséquence, et pour toute réponse aux assertions erronées qui se rapportent à nos actes, nous avons l'honneur de vous proposer d'adopter la délibération suivante :

« Attendu que la brochure intitulée : l'Homœopathie et ses détracteurs, n'est point une œuvre scientifique, mais un travail conçu et publié dans un but que la Société ne veut pas qualifier ; que des faits se rapportant à la Société y sont travestis et dénaturés ; que les injures y sont prodiguées à plusieurs de ses membres, et notamment à ceux qui composaient la Commission chargée d'une enquête au couvent du Refuge, que l'auteur ose accuser d'avoir soustrait des pièces favorables à sa cause, accusation pleine de malveillance, et d'autant plus perfide que l'auteur sait fort bien qu'elle n'est pas fondée, et que dès lors cette supposition bien gratuite de larcin est faite dans le seul but de se créer un prétexte pour injurier et flétrir des médecins honorables ;

« Attendu que l'auteur de la brochure ne peut avoir oublié que, dans une occasion récente où l'on sollicitait la conclusion et l'arrangement entre parties d'une affaire judiciaire que lui-même avait suscitée contre un de nos confrères

dont l'honorabilité est incontestable, et dont la loyauté dans toutes ses recherches est aujourd'hui démontrée, on avait assuré en son nom qu'il n'outragerait plus désormais les membres du corps médical; que c'est au mépris de cette promesse et sans y être forcé par aucune circonstance nouvelle qu'il a repris la plume dans les mêmes conditions qui avaient justement soulevé contre lui une opposition si générale; que le caractère éminemment honorable des personnes qui avaient bien voulu servir d'intermédiaires et se porter garants de ses dispositions nouvelles devaient, à défaut d'autres mobiles, lui inspirer une conduite meilleure; qu'agir comme il l'a fait, c'est méconnaître tout à la fois et le respect qu'il doit à ceux qui, dans cette circonstance, l'ont honoré de leur protection, et sa propre dignité, qui lui commandait impérieusement de faire oublier ses torts par son silence;

« Considérant qu'il est du devoir de la Société de médecine non-seulement de veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée à sa dignité, mais encore de mépriser l'injure quand celle-ci ne peut nuire à sa considération; que si légalement elle n'a pas le droit d'intervenir toutes les fois que, par des assertions trompeuses, par des écrits contraires à la vérité, l'opinion publique peut être égarée, elle a du moins le droit et le devoir de proclamer sa pensée alors qu'on s'attaque à ses actes pour en dénaturer le sens, pour faire croire que des intentions mauvaises président à ses desseins, et enfin pour tromper l'esprit public sur la moralité de ses membres;

« Pour ces motifs, et sans attacher une importance qu'elle ne mérite point à la brochure intitulée l'Homœopathie et ses détracteurs,

« La Société impériale de médecine se borne à donner le démenti le plus formel et le plus complet aux assertions émises dans ce travail et relatives à sa conduite pendant le choléra de 1854;

« Et par suite de la publicité donnée à cet écrit, votre Commission vous demande de vouloir bien décider :

« 1° Que ce rapport et les conclusions soient insérés en entier dans le procès-verbal de vos séances;

« 2° Publiés dans le compte rendu annuel de vos travaux;

« 3° Communiqués aux divers journaux et sociétés de médecine.

« Ont signé : MM. Villeneuve, D.-M., président de la Commission; Beulac, D.-M.; Martin-Rue, D.-M.; Gouirand, Ph. P.; Sauvet, D.-M., rapporteur. »

MM. Petitbon, aide-major au 46e de ligne; Vansteenkiste, médecin-major du 28e de ligne; Blanvillain, aide-major aux hôpitaux de la division d'Oran; et Guillou, chirurgien de deuxième classe de la marine, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Le préfet de Seine-et-Oise a procédé à une distribution de récompenses aux médecins qui ont soigné gratuitement les pauvres pendant l'année 1854. Ces récompenses ont consisté en : 17 médailles d'or de 200 à 500 fr., 53 médailles d'argent de 10 à 200 fr., et 18 médailles de bronze.

Le Conseil de santé de Genève a reçu de la Compagnie des colonies suisses de Sétif, province de Constantine (Algérie), la demande d'un médecin pour les villages de cette colonie. Indépendamment d'un traitement de 2,000 fr. et d'une indemnité de 800 fr. pour entretien d'un cheval, le titulaire pourra se faire rétribuer par les colons, au taux du tarif fixé par le gouvernement français pour ses médecins de colonisation; il conservera aussi la faculté de donner des soins aux autres habitants du pays. Il est nécessaire d'être gradué en France.

Le docteur Santlàs affirme, dans le Deutsch Klinick, qu'il connaît un vieux chasseur, très-renommé pour l'éducation des chiens, qui, depuis dix-sept ans, inocule à ses jeunes élèves du virus vaccin sur le nez, et dit ne pas avoir observé un seul cas de maladie depuis le début de cette pratique.

M. le docteur Lombard, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (section des sciences accessoires), vient de mourir subitement dans cette ville, à l'âge de quarante-neuf ans.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etudes sur le lactate de zinc dans l'épilepsie,

Mémoire lu à la Société médicale d'émulation de Paris,

Par le docteur Herpin (de Genève), vice-président.

J'ai fait connaître, soit dans l'ouvrage que j'ai publié en 1852 sur l'épilepsie, soit dans quelques communications aux journaux de médecine, les heureux résultats que j'ai obtenus de l'oxyde de zinc dans le traitement de cette maladie. Ce médicament n'est pas une panacée; mais il réussit très-fréquemment dans l'enfance, l'adolescence et la vieillesse, quand il est donné à une époque rapprochée de l'origine de la maladie, et quand on suit, dans son administration, les règles que j'ai tracées d'après les analyses d'une série nombreuse de faits. L'oxyde de zinc joint à ses avantages thérapeutiques celui d'une innocuité que je regardais, naguère encore, comme absolue, et qui est du moins presque constante. Il occasionne souvent, toutefois, aux quantités graduellement fort élevées que j'emploie, des malaises gastriques passagers, qui forcent quelquefois à arrêter la progression des doses, rarement à interrompre la médication, mais qui assez souvent finissent par inspirer aux malades une répugnance qu'il serait bon de leur épargner.

J'ai cherché en vain pendant longtemps une autre préparation de ce métal qui, ayant son efficacité, n'eût pas ses inconvénients. Je n'en connais que deux, outre l'oxyde, qui aient été jusqu'à présent employées dans les maladies nerveuses : le sulfate et le valérianate. Je sais que, en Angleterre spécialement, le premier de ces sels a été porté à des doses aussi élevées que les doses auxquelles j'administre l'oxyde ; je sais que ce remède a procuré quelques succès à Johnson, à Lettsom et à autres. Cependant aucun travail méthodique n'ayant été, à ma connaissance, publié sur ce médicament, nous manquons de données sur son efficacité relative, et il est difficile de croire, *à priori*, que ce puissant émétique doive être toléré plus facilement que l'oxyde. On a préconisé le valérianate, mais sans fournir des preuves suffisantes à l'appui de son utilité. Son prix élevé quand il est pur, et les falsifications dont il est l'objet, sont des obstacles à ce qu'il devienne usuel, à moins de supériorité bien marquée; cette supériorité, il ne m'a pas paru l'avoir : je ne l'ai pas employé souvent, il est vrai ; mais (quoique dans une publication récente on m'ait fait dire le contraire) je n'en ai jamais obtenu d'effet avantageux.

L'acétate est fort styptique ; le chlorure est caustique. Diverses

préparations où entre l'ammoniaque réussissant quelquefois dans l'épilepsie, j'ai essayé l'ammoniure; mais j'y ai promptement renoncé, cette combinaison n'offrant ni fixité, ni proportions déterminées. Le carbonate de zinc, que la théorie semblait indiquer comme moins nauséeux que l'oxyde, a produit les mêmes effets physiologiques et m'a paru d'ailleurs moins efficace : j'ai vu se renouveler ou s'aggraver, sous son influence, des épilepsies dont l'oxyde avait suspendu ou éloigné les accès.

Enfin, en mars 1854, je me décidai à essayer le lactate. Après avoir constaté sur moi-même que plusieurs centigrammes de ce sel passaient tout à fait inaperçus, je commençai à l'administrer, le 24 du même mois, à un épileptique placé presque immédiatement sous ma main. Encouragé par l'innocuité du remède et par les résultats, j'en ai fait grand usage dès lors, et depuis seize mois, sans négliger d'autres remèdes, j'ai pu en étudier les effets physiologiques et thérapeutiques sur 39 épileptiques de divers âges, dont j'ai recueilli les observations d'une manière complète, comme je le fais pour tous les cas de cette maladie. J'ai analysé soigneusement ces faits pour donner aux résultats la précision et l'exactitude que la matière médicale et la thérapeutique comportent et réclament, quoi qu'on en ait dit, autant et plus que les autres branches de la pathologie.

Il eût été conforme à mon opinion et à mes habitudes de différer d'une année ou deux cette communication; les conclusions thérapeutiques y eussent gagné; mais je me suis rendu aux conseils de quelques amis qui ont craint de me voir perdre la priorité de cette étude, et qui ont pensé qu'en associant mes confrères à cette expérimentation, je fournirais les moyens de mettre plus promptement en lumière les avantages d'une médication qui, comme on le verra, est un progrès dans le traitement de l'une des plus cruelles maladies.

Dans la première partie de ce travail, j'étudierai les effets physiologiques immédiats du remède ; dans la seconde, ceux qui peuvent résulter d'un usage prolongé : saturation ou intoxication ; dans la troisième, les effets thérapeutiques.

I. *Effets physiologiques immédiats.* — Plusieurs thérapeutistes cherchent, avant tout, à trouver dans les effets physiologiques des médicaments l'indication de leurs effets curatifs ; c'est, pour la plupart des remèdes internes, une tentative chimérique et qui a nui, surtout dans notre siècle, aux progrès de l'art du traitement. Les effets physiologiques règlent la posologie, et c'est là ce qui donne du prix à de bonnes études expérimentales sur ce sujet.

J'ai suivi, dans l'administration du lactate de zinc, la même marche

que dans celle de l'oxyde : l'expérience m'a appris que, pour la plupart des antiépileptiques, la médication devait être continue et les doses progressivement élevées jusqu'à un maximum facilement toléré, puis soutenues pendant un temps plus ou moins long jusqu'à la fin du traitement.

Pour plus de clarté et de simplicité, j'indiquerai seulement la dose hebdomadaire, qui est partagée en 20 prises administrées au nombre de trois par jour, ou de 40 pilules à six par jour.

Pour l'oxyde de zinc, j'ai donné dans mon ouvrage les doses initiales, la progression et le maximum suivants : première semaine, 3 grammes ; augmenter chaque semaine d'un gramme ; maximum : 15 grammes.

Par prudence, pour le lactate, j'ai commencé, dans les premiers mois où je l'ai expérimenté, par la dose hebdomadaire de 1 gramme, et même de 50 centigrammes chez un enfant de deux ans ; bientôt j'ai débuté par 1 50, 2 et 3 grammes. La progression ascendante a été presque toujours, comme pour l'oxyde, de 1 gramme par semaine. Le maximum a été le plus souvent 15 grammes, soutenus pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Sur les 39 cas, il en est 2 où le traitement, encore peu avancé, ne permet de juger que des effets au début ; nous les passons ici sous silence.

5 n'ont éprouvé, à aucune époque, aucune espèce de malaise.

12 ont signalé de la pesanteur ou quelques douleurs gastriques, mais à un degré fort léger, rarement et pendant peu de temps ; deux d'entre eux n'ont pas éprouvé d'autre incommodité.

18 épileptiques, compris en partie dans la catégorie précédente, ont eu des nausées ; sept d'entre eux d'autres malaises ; chez trois il y a eu, en outre, des vomissements, mais à de très-longs intervalles ou même une ou deux fois seulement pendant toute la médication.

Enfin, chez 20, compris aussi en partie dans les catégories précédentes, il y a eu des coliques, et 17 d'entre eux ont eu de la diarrhée, mais pour le plus grand nombre très-rarement.

Ainsi les effets physiologiques du lactate doivent être rangés suivant l'ordre décroissant de leur fréquence, de la manière suivante : coliques, diarrhée, nausées, vomissements, gastrodynie légère ou simple pesanteur d'estomac.

Si l'on compare ces résultats avec ceux que j'ai donnés pour l'oxyde de zinc dans mon livre sur l'épilepsie, et qui résultaient de l'analyse de 41 cas, on trouve les analogies et les différences suivantes :

Les incommodités ont été identiques ; seulement elles se sont pré-

sentées avec des degrés de fréquence et d'intensité différents pour les deux remèdes.

7 malades pour l'oxyde, au lieu de 5, n'avaient éprouvé aucun malaise ; mais, chez deux des premiers, les doses d'oxyde administrées n'étaient que la moitié de celles données pour le lactate aux mêmes âges.

Chez les enfants au-dessous de dix ans, les deux préparations paraissent avoir, au même degré, les mêmes effets physiologiques : les nausées et les vomissements n'ont été observés que sur la minorité des malades, tandis que la diarrhée s'est montrée de temps en temps chez presque tous.

Au-dessus de dix ans, les nausées et les vomissements se sont produits dans un nombre un peu moindre de cas, mais bien plus rarement, dans chaque cas, pour le lactate que pour l'oxyde. Au contraire, les coliques et la diarrhée ont été observées chez un nombre de malades triple au moins pour le lactate que pour l'oxyde ; mais, sauf trois individus, ces malaises ne se sont reproduits pour chacun qu'un très-petit nombre de fois. Ajoutons qu'autant les malades redoutent les nausées et les vomissements, autant ils se soucient peu de quelques selles relâchées, et même de coliques légères et d'un peu de diarrhée.

A côté de ces résultats généraux, sept de mes épileptiques qui ont fait, sous ma direction, les deux traitements l'un après l'autre, m'ont fourni une excellente source de comparaison pour les effets physiologiques des deux composés de zinc, comme pour leurs effets thérapeutiques, ainsi que nous le verrons plus tard.

Ire OBSERVATION.

Oxyde.

R., jeune fille de huit ans et demi. Première dose hebdomadaire, 3 grammes. On monte graduellement à 7, en augmentant d'un gramme par semaine ; mais des maux d'estomac, de plus en plus fréquents, obligent à redescendre à 4, dose qui ne peut pas être dépassée pendant quatre semaines. On reprend ensuite la marche ascendante jusqu'à 7 ; on doit rester un mois à cette dose qui, outre la gastrodynie, donne lieu de loin en loin à des vomissements. Enfin, après une semaine de tolérance, on essaye 8 ; mais je renonce bientôt à l'oxyde, pris sans succès pendant quatre mois, et je lui substitue le lactate.

Lactate.

Je débute pour le sel (dont j'avais alors peu d'expérience) par la dose hebdomadaire d'un gramme, qui passe inaperçue. En suivant la progression normale, j'atteins 7 grammes sans avoir observé d'autres malaises qu'un peu de coliques et de mal d'estomac pendant quelques jours d'une seule semaine. Les doses de 8, 11, 12 et 13 doivent être répétées deux ou trois semaines de suite, à cause d'un peu de gastrodynie ; mais au bout de quatre mois j'atteins 14, et cette dose, alternant avec celle de 13, à laquelle je reviens le plus souvent, est poursuivie pendant six mois, sans autres malaises que trois indigestions (vomissements et diarrhée coup sur coup), qui furent peut-être accidentelles. Un mois se passe plusieurs fois, dans la dernière moitié du traitement, sans aucun effet apparent du remède.

Cette malade a donc toléré, pendant plusieurs mois, une dose de lactate double de celle d'oxyde qu'elle supportait mal.

Oxyde. IIe OBSERVATION. *Lactate.*

H., jeune fille de douze ans, avait commencé un traitement d'oxyde sous la direction de M. Monod, qui me la confia plus tard. On n'avait d'abord pu dépasser la dose initiale hebdomadaire de 0,50; elle causait des nausées, de la gastrodynie, de la dyspepsie, du météorisme, quelquefois de la diarrhée. Après être resté à 1 gramme pendant un mois encore, on dut redescendre à 0,75. Ce fut alors que mon honorable confrère me confia la malade. En cinq mois j'eus de la peine à atteindre 6, tandis qu'à l'ordinaire j'arrive facilement à 15 en trois mois. Les malaises signalés, surtout les nausées, mettaient obstacle à l'augmentation des doses Je dus redescendre à 2,50 pendant le dernier mois de ce traitement, et enfin recourir au lactate.

Comme il n'y eut aucun intervalle entre les deux cures, je débutai par 3 grammes, et, en trois mois, j'atteignis 14 grammes, n'ayant dû m'arrêter que deux semaines de suite à 10 et 12. Les nausées, très légères et très-rares, ne commencèrent qu'à 7, et ne revinrent qu'à 10, 12 et à la première semaine de 14; hors cela, le remède passa tout à fait inaperçu. Pendant les trois mois, et plus, de l'usage de 14, il y eut trois fois seulement un peu de diarrhée, et, de loin en loin, quelques coliques de peu de durée; une fois de la gastrodynie, après une pilule prise à jeun; deux fois seulement on me signala de légères nausées.

Il est difficile de trouver un exemple plus frappant de la supériorité du lactate sur l'oxyde, quant aux effets physiologiques immédiats.

Oxyde. IIIe OBSERVATION. *Lactate.*

F...., jeune garçon de onze ans (traitement par correspondance). A 2 grammes, dose initiale, quelques nausées. A 3, nausées plus fréquentes. A 4, pendant cinq jours sur sept, un à deux vomissements par jour, nausées dans l'intervalle : le père n'arrête pas la progression, malgré mes conseils antérieurs, qui prévoyaient le cas. A 5, tous les jours, un à trois vomissements. A 6, première semaine, il n'y a plus qu'un ou deux vomissements, et pas tous les jours ; dans la seconde semaine de la même dose, vomissements un peu moins fréquents ; dans la troisième semaine, il n'y en a eu qu'un seul jour ; mais j'avais écrit de suspendre l'oxyde pour prendre le lactate. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, pendant ces sept semaines, l'appétit continua à être bon, et que la santé générale resta excellente.

Le lactate fut commencé à 1 gram. et passa inaperçu à cette dose et à celle de 2. Rien ne s'opposa à la progression régulière de 1 gramme par semaine, jusqu'à 15. Seulement, on m; signala des selles relâchées à 3, 4 et 8e des nausées, de la gastrodynie et un vomissement à 14, dose qui fut donnée deux semaines de suite. Il n'y eut rien à 15, qui ne furent pris que pendant une semaine, le traitement ayant été arrêté faute de succès. En dehors des rares malaises que je viens de signaler, le remède passa complétement inaperçu.

Dans les quatre autres faits, les différences, toujours favorables au lactate, furent cependant moins tranchées ; nous trouverons deux de ces cas à l'article des effets de saturation ou d'intoxication.

Cherchons maintenant quelle est la meilleure posologie du lactate, spécialement dans l'épilepsie.

J'ai débuté chez un enfant de deux ans par la dose hebdomadaire de 50 centigrammes : il y eut un seul jour de la diarrhée, mais aucun

effet physiologique ne se manifesta dès lors jusqu'à la dose de 4 grammes. On pourrait donc, à cet âge, commencer par 1 gramme.

De deux à quatorze ans, j'ai débuté par 1, 2, et même 3 grammes, sans provoquer, à ces doses, d'effets physiologiques; je confondrai donc cette période avec l'adolescence et l'âge viril.

Sur 38 malades au-dessus de deux ans, 23 ont commencé par 1 gramme; un seul (c'était une jeune dame très-délicate) a éprouvé quelques nausées, qui n'ont pas reparu à 2 grammes;—2 ont débuté par 1,30 (un scrupule); le remède a passé inaperçu. — 11 ont commencé à 2 grammes : 9 n'ont rien ressenti; un a eu une indigestion; un autre un peu de gastrodynie; mais ni l'un ni l'autre n'ont éprouvé de malaise la semaine suivante, à 3 grammes. — Enfin 2 épileptiques, dont l'un âgé de huit ans et demi, ont débuté par 3 grammes, sans effet physiologique.

Il est évident que 3 grammes peuvent être regardés, dès l'âge de deux ans, comme une bonne dose hebdomadaire initiale.

La quantité maximum a beaucoup varié chez nos malades. Sur les 39, 2 ont interrompu leur cure, sans mon aveu, avant d'avoir atteint la dose maximum; 5, encore en traitement, n'y sont pas encore arrivés. Des 32 restants, un seul n'a pas dépassé 8 grammes; il avait très-fréquemment un peu de diarrhée; le choléra régnait alors; les accès avaient cessé; je finis la cure par la dose de 1,50 par semaine. Dans un traitement antérieur par le selin des marais, cette disposition à la diarrhée avait été habituelle, à des doses ordinairement bien tolérées. — 3, dont un âgé de deux ans, ont atteint 12 grammes, le plus jeune impunément; chez un autre la diarrhée, fréquente à une époque où le choléra sévissait dans le quartier, m'engagea à finir le traitement à 6 grammes. — Sur 6 épileptiques, arrivés à 14 grammes, un enfant de huit ans a dû redescendre à 12; mais il a l'estomac très-impressionnable.

Sur 16 malades qui ont atteint et continué plus ou moins longtemps 15 grammes, 9 les toléraient très-bien; 5 n'éprouvaient presque aucun malaise; 2 seulement ont dû redescendre, l'un à 14, l'autre à 7,50; ce dernier était un enfant de sept ans et demi.

Enfin, 6 malades sont parvenus à 16, 17 et 18 grammes et sont restés à cette dose sans en éprouver aucune incommodité.

Ainsi la dose maximum de 15 grammes, que nous avons indiquée pour l'oxyde, peut être facilement atteinte et continuée pour le lactate. Cette quantité me paraît une limite convenable; on pourrait la dépasser, mais cela est inutile habituellement, puisqu'elle donne, comme nous le verrons, d'excellents résultats.

Quant à la progression à suivre pour passer du minimum au maximum, celle que nous avons fixée pour l'oxyde : accroissement de 1 gramme par semaine, me semble la meilleure. J'ai vu, moins souvent pour le lactate que pour l'autre préparation, les malaises se manifester à chaque changement de dose.

La forme sous laquelle on donne un remède n'est pas indifférente. J'ai publié, et vérifié souvent dès lors, que pour l'oxyde de zinc les pilules étaient mieux tolérées que les poudres. Cependant je préfère toujours cette dernière forme, quand il s'agit d'une substance insoluble dans l'eau ; en effet, dans ce cas, les pilules peuvent traverser le canal digestif sans être entièrement dissoutes.

M. le docteur Mac-Carthy, de Paris, donnait par correspondance, en 1854, des soins à une jeune Anglaise qui porte un nom célèbre, et pour laquelle nous avions eu ensemble des consultations ; elle était épileptique depuis quatre ans, quand nous lui conseillâmes l'oxyde de zinc. Pendant près de sept mois, dont six consacrés à ce traitement, aucun accès ne s'était manifesté ; mais il en survint un peu après la cessation du remède. On reprit l'oxyde et on le porta jusqu'à 16 grammes par semaine, sans qu'il se manifestât, à ces doses élevées, aucun effet physiologique. Pour faciliter l'administration du remède, primitivement donné en poudre, le pharmacien préparait des bols contenant chacun 60 centigrammes d'oxyde. La mère, frappée de l'inertie apparente du remède, eut l'idée d'examiner les déjections de sa fille, et y retrouva les pilules. Elle nous envoya de Londres à Paris, comme échantillons, un bol pris dans la boîte et un autre ayant traversé le tube digestif ; celui-ci n'avait perdu dans le trajet qu'un cinquième de son poids.

La malade ne prenait donc que la cinquième partie de la dose prescrite. Cette insuffisance ne fut-elle pas la cause de la rechute ? Il n'y a rien d'indifférent en thérapeutique.

Pour les médicaments solubles, la forme pilulaire a moins d'inconvénient, surtout si l'on emploie un excipient très-soluble, comme le sirop de gomme, dont je me suis toujours servi pour les pilules de lactate. J'ai dû, néanmoins, examiner si, pour ce sel, comme pour l'oxyde, en vue de faciliter la tolérance chez certaines personnes, il y avait avantage à employer une forme plutôt qu'une autre. De nos 39 malades, 17 ont pris le remède en poudre ; 18 en pilules ; 2 en poudre d'abord et plus tard en pilules ; 2 en pilules, puis en poudre. Chose remarquable : les proportions de tolérance parfaite ou à peu près, de tolérance moyenne, de tolérance difficile, se sont trouvées identiques, à une seule unité près, dans chacune des quatre catégories. Deux dames ont prétendu se trouver mieux du changement, qui a été inverse dans les deux cas. Il est donc indifférent, sauf de rares exceptions, de donner le lactate en pilules ou en poudre.

Il reste à déterminer le moment le plus convenable pour l'admi-

nistration du remède. J'ai toujours prescrit les prises une heure *après* chaque repas, l'expérience plus encore que la théorie m'ayant appris que l'oxyde de zinc et les préparations métalliques nauséeuses incommodaient beaucoup moins ainsi que donnés à jeun. Quelques malades ayant pris de temps en temps le lactate, sans l'avoir fait précéder d'un repas, en ont éprouvé quelques malaises qu'ils n'avaient pas dans le cas contraire. La conduite que nous avons tracée pour l'oxyde doit donc être imitée pour le lactate.

Les résultats de la première partie de ces études peuvent se résumer ainsi.

Les effets physiologiques du lactate de zinc, donné au début à 2 ou 3 grammes pour la semaine, et porté graduellement à 15 grammes environ, sont les mêmes que pour l'oxyde donné aux mêmes doses : pesanteur gastrique ou gastrodynie légère, un peu après la prise du remède; nausées pouvant aller jusqu'au vomissement; coliques avec selles relâchées ou diarrhée. Seulement, à tous les âges, l'action du lactate sur les intestins prédomine en général sur les malaises gastriques, tandis que, dans la seconde enfance, l'adolescence et l'âge adulte, l'inverse a lieu pour l'oxyde.

A doses égales, la tolérance du lactate est beaucoup plus facile et plus générale que celle de l'oxyde; les malaises sont plus rares et de nature moins fatigante; le remède n'inspire que très-exceptionnellement de la répugnance dans les traitements prolongés; on fait bien supporter le sel à des malades qui n'avaient pas toléré l'oxyde.

On doit commencer le lactate par la dose hebomadaire de 3 grammes (1 et 2 chez les enfants, suivant leur âge) et augmenter d'un gramme par semaine jusqu'à 15 grammes, quantité qui peut être dépassée. Il est rare qu'on soit obligé de rester deux ou trois semaines de suite à la même dose, plus rare encore qu'il faille rétrograder.

Le remède donné en poudre ne procure que très-exceptionnellement des effets physiologiques plus marqués que sous forme pilulaire.

Il y a avantage, pour éviter les malaises, à donner le remède une heure après les repas, plutôt qu'une heure avant.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'état de la thérapeutique concernant les vices de conformation congénitaux ; imperforations de l'anus et du rectum.

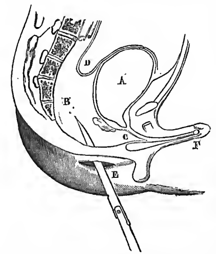
Suite et fin (1).

Imperforations du rectum sans vestige de l'anus. — Dans les cas précédents, l'anus était imperforé, mais il existait. Le petit doigt introduit dans le cul-de-sac pouvait apprécier si l'ampoule rectale était ou non adossée à son fond. Dans les variétés dont nous abordons l'étude, il n'y a point de vestige de l'ouverture anale. Ici le problème thérapeutique commence à se compliquer ; rien ne vient guider le chirurgien sur la distance à laquelle devront porter ses tentatives ; cependant ce que nous avons dit du développement isolé et distinct du rectum et de l'anus montre qu'il doit intervenir, car l'ampoule rectale peut exister au-dessus du plancher périnéal. — Une incision est pratiquée dans le point occupé normalement par l'orifice anal, à 3 centimètres en avant du coccyx, et dirigée en arrière, dans la direction du raphé, jusqu'à la pointe de cet os. Le bistouri divise successivement la peau et le tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on atteigne l'intestin. De temps en temps on interrompt son opération pour introduire le doigt indicateur, et s'assurer s'il n'existe pas un sensation de fluctuation indiquant la présence de l'ampoule rectale. Le bistouri doit toujours être dirigé vers le milieu de la face antérieure du sacrum. Avant d'avoir atteint ce niveau, le succès peut venir couronner la tentative du chirurgien, ainsi que le prouve le fait suivant, publié dans le tome IV des Mémoires de l'Académie de médecine.

M. Roux, de Brignolles, fut appelé en mai 1833 auprès d'un enfant âgé de deux jours et qui ne présentait aucun vestige d'anus. Quand cet enfant pleurait, on ne voyait dans la région anale aucun mouvement, aucune saillie qui pût faire présumer que le rectum n'était pas loin. Malgré cette circonstance en apparence si défavorable, ce chirurgien résolut immédiatement, ne fût-ce qu'à titre d'opération exploratrice, d'inciser le périnée dans sa région moyenne, afin de rétablir la continuité du tube digestif si le rectum existait. Il procéda de la manière suivante : « Le malade placé sur les genoux d'un aide comme pour l'opération de la taille, j'incisai la peau, dit M. Roux, dans l'étendue de dix lignes et en suivant exactement la direction du raphé, qui n'existait point dans le périnée. Les bords de la plaie ayant été écartés, je découvris les fibres des muscles du sphincter, dont les bords internes se touchaient et avaient une forme directe, et qui se contractaient circulairement avec beaucoup de force, pendant que l'enfant pleurait. Je continuai l'incision devant moi, en dirigeant le tran-

(1) Voir le numéro du 15 juillet, p. 11.

chant de l'instrument en arrière vers le coccyx. Cela fait, je me trouvai à la profondeur d'un pouce dans une masse de tissu cellulaire. Je quittai le scalpel ordinaire, qui me rendait la dissection peu facile, et je m'armai d'un bistouri droit que je dirigeai dans l'intérieur du bassin, la pointe tournée obliquement en haut et en arrière pour éviter la vessie. Je sentis bientôt que je me trouvais dans une cavité que je soupçonnai être le rectum ; et en relevant le manche je retirai la lame de l'instrument pour agrandir l'incision intérieure. Un flot de méconium sortit lentement et annonça la réussite de ma tentative. Je fis alors des injections abondantes d'eau de mauve, afin de déblayer l'intestin au plus vite et d'amener un soulagement prompt et complet; ce qui eut lieu en peu de temps et me permit de porter un pronostic un peu plus favorable. La première phalange du doigt indicateur put entrer dans toute la profondeur de la plaie, que je pansai avec une grosse mèche de charpie enduite de cérat.



« Les pansements furent faits de la même manière pendant quinze jours, après lesquels ayant été suspendus, il s'éleva, des bords de la plaie, des bourgeons charnus qui gênèrent le passage des matières fécales, occasionnèrent des coliques fréquentes et produisirent un phénomène fort remarquable dont je vais parler : le petit malade avait été soulagé immédiatement après l'opération; ses pleurs s'étaient apaisés ; il avait reposé, pris le sein de sa nourrice et digéré le lait qu'il avait rejeté jusque-là ; la peau avait perdu cette teinte jaune que j'ai signalée ; la figure s'était épanouie ; l'urine, claire et limpide, était lancée à une grande distance; les excréments étaient de consistance convenable. Dès que l'ouverture que j'avais pratiquée au rectum commença de s'obstruer, les selles devinrent difficiles et plus rares; les urines, après être passées fort belles, furent suivies d'une petite quantité de matières excrémentitielles. L'incision ayant été agrandie du côté du coccyx, les selles redevinrent faciles et, pendant quelques jours, les urines passèrent seules par l'urètre. Les bourgeons charnus s'étant élevés de nouveau, les matières fécales passèrent une seconde fois par le canal et toujours après l'issue des urines, dont la couleur et la consistance ne furent jamais altérées. Je fis alors placer dans l'anus artificiel de grosses bougies courtes et entourées de linge enduit de cérat; je fis cautériser les bourgeons avec le nitrate d'argent; et l'ouverture étant ainsi conservée d'une dimension suffisante, il ne reparut plus d'excréments par l'urètre. La cicatrisation s'est opérée en conservant une ouverture convenable; le pourtour de cet anus artificiel s'est plissé comme un orifice naturel, et les fonctions de la défécation, en s'exécutant, ont permis à l'enfant de prendre un embonpoint qui fait espérer à l'opérateur un succès durable et à la famille un successeur robuste. »

M. Roux, afin de faire mieux comprendre ce vice de conformation du rectum et les circonstances anatomiques qui ont permis le passage momentané des matières excrémentielles par le canal de l'urètre, a donné une planche que nous avons reproduite. L'examen d'un assez grand nombre de pièces, présentant cette sorte d'anomalie, nous a montré que si on pouvait accepter la position de la vessie A et de l'ouverture périnéale E commo exactes, il n'en est pas de même des autres parties; le cul-de-sac péritonéal D se termine trop haut; le rectum B est trop étendu, ainsi que le trajet fistuleux par lequel il se termine dans l'urètre C. Quoi qu'il en soit de l'inexactitude de ces détails, ce dessin, qui donne une vue d'ensemble des rapports des organes contenus dans le petit bassin, pouvait être utile aux praticiens, et nous n'avons pas hésité à le placer sous leurs yeux. Une omission que nous devons réparer ici, c'est que le petit malade de M. Roux présentait, en outre, un hypospadias, avec imperforation du canal de l'urètre. L'oblitération, placée à la base du gland, était produite par une membrane fort mince F; la pointe mousse d'un petit stylet suffit pour la briser, et l'enfant urina immédiatement.

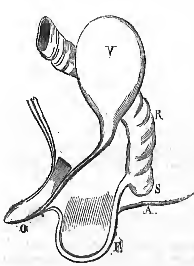
Le passage des matières par le canal de l'urètre prouve qu'il existait une communication anormale entre le rectum et le canal excréteur de l'urine; à ce titre, cette observation eût donc été mieux placée dans la section suivante. Supposons cependant que la dilatation de l'ouverture anale eût été maintenue largement ouverte, pendant toute la durée de la cicatrisation du trajet artificiel, le chirurgien n'eût pas eu l'occasion de constater l'existence de la fistule recto-urétrale, et le fait se classait dans la variété qui nous occupe. D'ailleurs, cette note a principalement pour but de rappeler les ressources thérapeutiques; or, nulle observation ne pouvait, mieux que celle-ci, les mettre en relief dans les cas où l'ampoule rectale repose sur le plancher périnéal.

Imperforations de l'anus et du rectum, avec communications anormales de cet intestin. — L'existence d'un cloaque, au début de la vie embryonnaire, rend compte, nous l'avons déjà dit, de la fréquence de cette espèce d'anomalie. Ces conduits fistuleux semblent une sorte de correctif: toutefois, les voies accidentelles sont rarement assez larges pour que l'on puisse dire avec M. Cruveilhier qu'elles constituent le remède naturel des imperforations du rectum. En général, les communications anormales de l'intestin présentent un très-petit calibre, et alors même qu'elles permettraient la sortie des matières excrémentitielles pendant les premiers mois, le chirurgien

n'en doit pas moins intervenir et tenter de rétablir la continuité du rectum et de l'ouverture anale.

La disposition anatomique des fistules congéniales varie selon qu'on les observe chez les enfants de l'un et de l'autre sexe. Chez les garçons, le rectum vient s'ouvrir soit dans la vessie, soit dans l'urètre, soit à la surface du scrotum; chez les filles, l'abouchement se fait soit à la vulve, soit dans le vagin. Enfin, on a enregistré les cas rares dans lesquels l'ouverture anormale existait dans les régions inguinale, pubienne, ou à l'ombilic.

L'indication reste la même pour chacune de ces anomalies, mais le manuel opératoire varie pour quelques-unes d'entre elles. Ainsi, lorsque l'ouverture de la communication a lieu dans le vagin, à la vulve, ou au scrotum, elle vient offrir au chirurgien une ressource. Le plancher périnéal incisé, si le doigt introduit dans la plaie ne sent pas une fluctuation manifeste, un stylet en argent auquel on imprime une courbure analogue à celle suivie par le conduit fistuleux pénètre jusqu'à l'ampoule rectale, et en fait saillir la paroi inférieure. En voici quelques exemples.

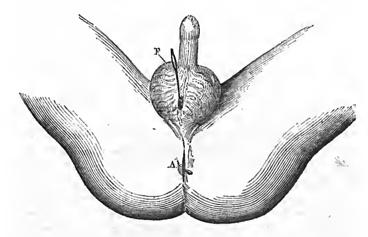


1 M. Cruveilhier a fait dessiner dans son Atlas d'anatomie pathologique un cas d'imperforation du rectum avec canal accidentel, s'ouvrant à la surface du scrotum. Dans la gravure ci-contre, qui reproduit cette pièce, on voit le rectum R passer à la droite de la vessie V, et fournir ainsi un exemple de la déviation indiquée par Béclard; le conduit fistuleux, partant de l'ampoule rectale S, venait s'ouvrir en F, sur le scrotum, et se continuait dans la direction du raphé jusqu'au frein de la verge O. Dans cette étendue F O, le canal était transformé en une simple rigole.

A propos de ce cas, M. Cruveilhier fait observer que toute la portion du rectum située au-dessous de l'orifice du trajet fistuleux manque toujours dans ces vices de conformation. Cette assertion est vraie, d'une manière générale, et nous en avons été témoin dans les quelques autopsies auxquelles nous avons assisté; toutefois, la pièce que M. Cruveilhier a fait dessiner présente une exception à

cet égard ; on peut remarquer, en effet, que le rectum forme une ampoule s au-dessous de l'ouverture de son canal accidentel. Le faible degré de profondeur auquel M. Roux est parvenu à atteindre l'intestin, dans l'observation précédente, semble indiquer qu'une disposition analogue existait chez l'enfant qu'il a opéré. Quoi qu'il en soit, le praticien doit demeurer convaincu qu'il devra pénétrer plus profondément dans les cas où le rectum s'abouche avec l'urètre ou la vessie, que dans ceux où la communication a lieu à la surface du scrotum chez le garçon et de la vulve chez la fille. A côté du fait de M. Cruveilhier, nous en placerons un à peu près semblable, que M. Danyau a rapporté à la Société de chirurgie.

Chez cet enfant nouveau-né existaient les dispositions suivantes : anus imperforé ; raphé scrotal déprimé, offrant, un peu en arrière de sa partie moyenne, une petite saillie allongée formée par une membrane mince, dont la transparence laisse deviner derrière elle la présence du méconium. Au moment où M. Danyau fut appelé à la Maternité pour cet enfant, la petite membrane, cédant à une pression de dedans en dehors de plus en plus considérable, s'était rompue, et, à la place de la saillie, on voyait un petit orifice par lequel s'était échappé et continuait de sortir un peu de méconium. Toutefois, ce qui s'en écoulait était bien minime, relativement à la quantité à rendre, et il était évident qu'il fallait ouvrir une issue plus large et plus directe aux matières accumulées dans le gros intestin.



Une sonde très-fine, dont M. Danyau venait de se servir pour sonder l'enfant, fut introduite dans l'orifice scrotal et pénétra dans un trajet qui se dirigeait, dans l'épaisseur du périnée, vers le rectum, mais elle ne put franchir l'ouverture sans doute fort étroite qui conduisait dans le gros intestin. M. Danyau s'était proposé, la sonde une fois introduite dans le rectum, de la diriger vers la dépression manifeste qui existait au point où aurait dû se trouver l'anus, de la

faire saillir vers la peau, afin de procéder avec plus de sécurité à la recherche du cul-de-sac rectal. La mollesse qu'un sentait au périnée, surtout lorsque l'enfant se livrait à quelque effort ou lorsqu'on pressait sur la paroi abdominale, ne laissait guère de doutes sur le prolongement du rectum à peu de distance de la peau. M. Danyau crut donc pouvoir opérer sans le secours de la sonde; mais, après une incision de 1 centimètre, il revint par prudence à la recherche de l'ouverture de communication qui devait nécessairement exister entre le rectum et son prolongement périnéo-scrotal. Après quelques tâtonnements, un stylet très-fin pénétra, et, poussé vers la plaie de la région anale, fit aussitôt saillir ce qui restait à diviser des parties molles pour ouvrir l'intestin. (Dans la figure ci-dessus, on a représenté la pointe du stylet F sortant par l'ouverture périnéale A). Le méconium fut expulsé en abondance; depuis lors, les évacuations ont été régulières et faciles. Après chaque évacuation, une petite mèche est introduite et reste en place jusqu'à l'évacuation suivante. Pendant tout le temps que l'enfant resta à l'hôpital de la Maternité, il ne passa plus rien par le trajet périnéo-scrotal, et il fut envoyé en nourrice dans l'état le plus satisfaisant.

M. Cruveilhier, dans le récit du fait d'imperforation que nous avons cité plus haut, s'est borné à dire qu'on était parvenu chez cet enfant à rétablir l'ouverture du rectum par la région périnéale. En citant le fait de M. Danyau, nous avons voulu montrer les ressources que cette sorte de communication fournissait au chirurgien. Chez les petites filles, la longueur moins grande des trajets fistuleux, qui se rendent à la fourchette, rend cette manœuvre opératoire plus facile, et si l'espace ne nous faisait défaut, nous en consignerions ici un nouvel exemple, que nous devons à l'obligeance de M. Jarjavay. Dans les cas semblables, quelques auteurs ont donné le conseil de pénétrer dans l'intestin en conduisant le bistouri sur une sonde cannelée introduite par la fistule. Ce chirurgien n'a pas suivi cette pratique; après avoir incisé le plancher périnéal, il a conduit une sonde cannelée, recourbée en forme de crochet mousse, par la fistule, et, faisant jaillir alors le cul-de-sac rectal, il l'a divisé, sans toucher à la cloison recto-vaginale.

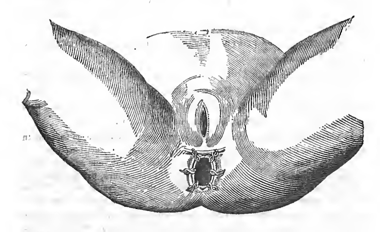
Nous avons proclamé l'urgence de l'opération chez les enfants mâles, surtout dans les cas où l'intestin communique avec les voies urinaires; Zacutus Lusitanus rapporte cependant le fait d'un enfant qui naquit avec l'anus fermé par une membrane, les excréments sortaient par la verge; au bout de trois mois seulement, l'opercule anal fut incisé et l'enfant guérit. A supposer qu'on fût en présence d'un cas d'abouchement recto-vésical assez large pour donner issue aux matières excrémentitielles, tant qu'elles restent liquides, est-ce à dire qu'on ne doive pas intervenir de suite? L'existence de l'enfant n'est pas menacée immédiatement, cela est vrai, et l'on pourrait attendre pour opérer; mais à moins de contre-indication puisée dans le mauvais état de la santé générale des enfants, on ne doit pas le

faire. Voici sur quels motifs je m'appuie : tous les trajets fistuleux, dès que le passage des liquides excrémentitiels n'a plus lieu, tendent à se rétrécir de plus en plus ; or, dans les fistules stercorales congéniales, si l'on vient à rétablir immédiatement la continuité du tube digestif, les matières, ne passant pas à travers la communication anormale, ne la dilateront pas, et permettront aux propres ressources de l'organisme de triompher plus facilement du vice de conformation. Pour assurer ce résultat, il ne faut pas seulement que l'opération ait été pratiquée de bonne heure, il faut encore que l'ouverture périnéale soit maintenue dans des dimensions convenables. L'observation de M. Roux, de Brignolles, en est un exemple remarquable. On doit se rappeler à cet égard, que le trajet nouveau, pratiqué par l'opération, dans la région périnéale, est une sorte de fistule mise en place d'un tube naturel. En raison des lois de la cicatrisation, une sorte de muqueuse finira par doubler ce trajet; mais pour atteindre ce résultat, il faut de la part du chirurgien une surveillance prolongée : pour peu que l'ouverture, malgré la présence des corps dilatants, tende à se rétrécir, il ne doit pas hésiter à revenir aux débridements multiples ; à ces seules conditions, il finira par faire fonctionner cet anus artificiel, et assurer à l'enfant les bienfaits de son intervention.

M. Amussat a tenté d'affranchir la pratique des difficultés d'établir un trajet artificiel entre le rectum et l'anus. Voici comment l'habile chirurgien décrit le procédé qu'il a mis à exécution sur une petite fille dont le rectum s'ouvrait dans le vagin.

« L'enfant étant placée sur une table, comme pour être taillée, je fis, avec un bistouri à lame très-courte et convexe sur le tranchant, une incision transversale de six à huit lignes d'étendue, derrière l'anus vaginal ; une autre incision, dirigée vers le coccyx, donna la forme d'un T à l'ouverture, par laquelle j'introduisis mon doigt pour me frayer un passage entre le vagin, le coccyx et le sacrum. Je coupai et déchirai le tissu cellulaire qui unit ces parties ; une sonde placée dans l'anus vaginal me mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin. (V. la figure p. 16). C'est ainsi que je pénétrai à deux pouces au moins, et que je trouvai l'extrémité de l'intestin ; dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement, et me donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche. Je me décidai alors à accrocher cette poche avec une double érigne ; en tirant à moi, je dégageai l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où je fus forcé de me servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction, que bientôt nous aperçûmes au fond de la plaie la poche intestinale, et, à notre grande satisfaction, nous reconnûmes que le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors je transperçai le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et, à l'aide de ce moyen et de l'é-

rigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. Le temps de l'opération fut très-rapide et très-satisfaisant pour nous. Après avoir nettoyé l'enfant, qui se trouva fort soulagée par cette exécution, je terminai l'opération de la manière suivante : ayant acquis la certitude que l'ouverture intestinale était suffisante, je saisis avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture. Je confiai ces pinces à des aides qui devaient exercer sur cet intestin des tractions prolongées, jusqu'à ce que la partie saisie dépassât l'ouverture faite à la peau. Je pratiquai d'abord trois points de suture à chacun des angles de la plaie, mais je remarquai que la rétraction exercée par l'intestin le faisait rentrer en dedans, et que, dès lors, il n'était plus tenu au niveau de la peau. Mes expériences sur les animaux vivants m'ont en effet appris que la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments. Je fis donc avec plus de soin six ou huit points de suture dans la circonférence de l'intestin, dont je fis épanouir la muqueuse en dehors, en forme de pavillon. Pendant toute l'opération, il coula peu de sang. Immédiatement après on fit des injections dans le nouveau rectum, et l'enfant fut placé dans un bain de siége. »



L'opération pratiquée par M. Amussat donne une idée du procédé le plus complexe pour l'établissement d'un anus artificiel par la méthode périnéale. Elle présente des avantages incontestables, mais ils sont achetés par de grandes difficultés d'exécution, et les dangers que l'on fait courir aux jeunes enfants par une action chirurgicale fort étendue. Il n'est pas, d'ailleurs, toujours possible d'isoler le rectum et de l'abaisser au niveau de l'ouverture des téguments. M. Malgaigne dit l'avoir tenté en vain dans un cas ; nous

avons vu, il y a quelques années, M. Denonvilliers exécuter ce procédé avec succès, dans un cas de malformation des voies génitales compliqué d'imperforation du rectum.

Les vices de conformation que nous étudions, outre le problème thérapeutique, posent encore une grave question de médecine légale, que M. Devergie est venu discuter récemment devant l'Académie de médecine. Nous attendons, pour en aborder l'étude, le rapport qui doit être prochainement présenté sur le Mémoire de notre savant confrère. Si nous en faisons mention, c'est que la lecture de M. Devergie a provoqué l'insertion dans l'Union médicale d'un travail dans lequel nous avons vu avec surprise, non des médecins légistes, mais trois simples praticiens venir émettre à l'égard de l'intervention chirurgicale, dans les cas d'atrésies rectales, les assertions les plus étranges. D'abord, c'est l'épithète de *hasardeuses* appliquée aux opérations qui ont pour but de rétablir la continuité du tube digestif, comme si l'intervention de l'art n'était pas forcée dans ces cas ; ensuite que « ni le temps, ni l'expérience, n'ont donné droit de domicile dans la science à ces tentatives » ; enfin, « que les faits n'étaient ni assez nombreux, ni assez authentiques pour faire changer la législation en cette matière... » Un peu plus loin ils ajoutent : « L'art possède de nombreux et de puissants moyens de rendre à la vie les enfants nés avec une imperforation du rectum. Cette assertion, au point de vue contemplatif, prouve les généreux efforts de la chirurgie, mais, au point de vue pratique, nous savons, hélas ! que la diversité, la multiplicité et le luxe des moyens sont le cortége ordinaire des maladies incurables, et que la richesse ici n'atteste que la pauvreté de l'art. »

Une argumentation semblable serait tout au plus digne d'un avocat ignorant des données de la chirurgie; mais pour des praticiens qui doivent être au courant du mouvement fécond de la science, venir en nier les fruits, cela n'est pas excusable. Si nous ne nous étions astreint à ne pas toucher à la question médico-légale, nous ferions remarquer, tout d'abord, que l'intervention de l'art ne rend pas l'existence à l'enfant, mais l'empêche de succomber au vice de conformation dont il est atteint. Il vit, et une opération, en détruisant le cloisonnement du rectum, assure une fonction indispensable au maintien de la vie.

Que chez l'enfant, sujet du rapport de nos confrères, le problème thérapeutique présentât des difficultés plus grandes que dans le cas où l'imperforation est constituée par un simple opercule anal, est-ce à dire que le vice de conformation chez lui était au-dessus des res-

sources de l'art? C'est ce que démontreront les circonstances anatomo-pathologiques révélées par l'autopsie.

L'enfant, bien conformé d'ailleurs, présentait les particularités suivantes : 1° un anus ayant un centimètre et demi de profondeur; 2° un rectum se terminant par un assez large cul-de-sac, en forme de dé à coudre, au niveau de l'articulation du sacrum avec le coccyx; de telle sorte que l'ouverture anale et l'ampoule rectale se trouvaient séparées l'une de l'autre par une cloison, au milieu de laquelle existait une sorte de nœud, dont ils décrivent ainsi les dimensions et la nature : « Sa hauteur est un peu plus d'un centimètre; sa largeur est un peu moindre; elle est formée par un tissu dur, fibreux, résistant, criant sous le scalpel; en avant d'elle, se trouve un tissu cellulaire assez lâche, qui la sépare du bas-fond de la vessie. Tous les autres viscères sont bien conformés. Ainsi donc, pour tout vice de conformation, absence de l'extrémité inférieure du rectum, qui se terminait en cul-de-sac au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. » Telles étaient les conditions anatomiques qui, suivant ces praticiens, plaçaient ce cas au-dessus des ressources de la chirurgie! Nous ne croyons pas devoir démontrer qu'elles ne s'opposaient en rien à ce qu'on rétablît la continuité du tube digestif même dans la région périnéale. Les exemples que nous avons cités, et cent autres, consignés dans les annales de l'art, en fournissent la preuve.

Nous voulons, toutefois, profiter de l'occasion pour faire appel aux chirurgiens qui ont pratiqué des opérations semblables, et les engager à publier le chiffre de leurs succès. Les problèmes de thérapeutique chirurgicale ne résident pas seulement dans les manœuvres opératoires réclamées par les circonstances anatomiques des vices de conformation, mais surtout dans les résultats définitifs obtenus. Or, les observations sont en général publiées trop tôt. Voici, à cet égard, quelques renseignements nouveaux : la petite fille à anus vaginal opérée par M. Amussat a aujourd'hui dix-neuf ans; elle est mariée, et sur le point de devenir mère. Celle opérée par M. Jarjavay a été revue par ce chirurgien au commencement de cette année; elle est âgée de cinq ans et demie, sa santé est très-bonne et la défécation se fait sans obstacle. Le petit garçon opéré par M. Roux, de Brignolles, a vécu jusqu'à l'âge de trois ans, il a succombé aux suites d'une scarlatine anomale. Ce chirurgien, que nous avons vu récemment, nous a dit que ce succès n'était pas le seul qu'il avait obtenu. Enfin, sur environ dix cas d'imperforations de l'anus et du rectum dans lesquels M. Guersant est

parvenu à rétablir la continuité du tube digestif dans la région périnéale, ce chirurgien a pu en suivre quatre jusqu'à l'âge de deux et trois ans ; les autres sont morts ou ont été perdus de vue.

Ces faits seuls prouveraient qu'on ne doit plus répéter avec Boyer : « L'art peut intervenir avec succès dans les cas d'imperforation par opercule anal, mais dans toutes les autres variétés on n'a aucun espoir de remédier à ces vices de conformation, et les opérations n'ont eu qu'un succès temporaire après lequel les malades ont toujours succombé. » La mortalité est grande chez les nouveau-nés, surtout dans les hôpitaux : cela explique pourquoi les succès sont moins nombreux à la suite de ces opérations, que l'on doit pratiquer immédiatement après la naissance.

Dans l'immense majorité des cas d'imperforation de l'anus et du rectum, l'opération est de nécessité ; c'est à la sagacité du chirurgien de faire un choix parmi les divers procédés mis en usage pour rétablir la continuité du rectum par la voie périnéale, de saisir toutes les circonstances qui peuvent faciliter son manuel opératoire, enfin de veiller avec persévérance sur la marche de la cicatrisation du trajet recto-cutané, afin de prévenir son rétrécissement. Sur les quatre enfants suivis par M. Guersant, un seul, au bout d'un an, n'avait plus besoin qu'on entretînt la dilatation. Chez les trois autres on était obligé encore de revenir de temps en temps à l'usage des sondes ou à l'introduction du petit doigt.

Pour terminer, il nous resterait à dire un mot des méthodes iliaque et lombaire appliquées aux cas d'atrésies rectales ; mais M. Amussat s'occupant de faire un nouveau mémoire sur cette question, nous attendrons sa publication.

Ces sortes d'opérations, qui créent des infirmités si dégoûtantes, ont été quelquefois trop facilement pratiquées. Ainsi nous trouvons, dans une observation publiée par M. Miriel fils : « L'anus était bien conformé ; mon père ayant essayé d'introduire une sonde dans le rectum, il fut arrêté par un obstacle situé à six lignes de hauteur ; bientôt, par l'exploration du petit doigt, il acquit la certitude de l'imperforation de l'anus. M. Duret, ayant aussi exploré, ne sentit aucune fluctuation et le plancher du rectum lui parut même d'une très-grande épaisseur. L'incertitude d'une incision et d'une ponction faite par un instrument nécessairement un peu dirigé au hasard, dans des lieux où les écarts sont si nombreux, les accidents consécutifs qui étaient à craindre par la seule étroitesse de l'ouverture pratiquée, l'épaisseur de la cloison périnéale, firent adopter l'établissement d'un anus artificiel dans la région iliaque. »

On peut hardiment soutenir qu'il n'est pas un chirurgien qui consentît à laisser opérer son enfant dans les régions iliaque ou lombaire, avant de s'être convaincu, par la division du plancher périnéal, qu'il était impossible d'atteindre le rectum imperforé par cette voie. J.-L. Petit, parlant de la simple incontinence des matières, disait que ce résultat serait pis que la mort à cet âge; ce jugement est bien plus applicable encore à l'entérotomie lombaire ou iliaque. Il existe à Paris le fils d'un haut personnage, chez lequel M. Amussat a été obligé de pratiquer, il y a trois ans, un anus lombaire. Cet enfant jouit d'une excellente santé, et chaque année cependant quelques-uns de nos chirurgiens les plus habiles sont consultés sur la possibilité de rétablir l'ouverture de l'intestin dans sa région normale.

L'entérotomie lombaire ou iliaque constitue une ressource réelle, mais c'est une opération si grave, elle crée chez les enfants des infirmités si dégoûtantes, que le chirurgien doit songer à la pratiquer alors seulement qu'il a inutilement tenté la méthode périnéale. Sur onze opérations d'anus artificiels dans la fosse iliaque gauche faites à l'hôpital des Enfants, M. Guersant n'a pu sauver un seul de ses petits malades; la mort a eu lieu par péritonite du second au troisième jour. Une seule fois, il a pratiqué l'entérotomie lombaire par le procédé de M. Amussat, l'enfant est mort le quatrième jour d'une induration du tissu cellulaire; à l'autopsie, on n'a constaté aucune trace de péritonite. Les faits manquent encore pour établir la prééminence d'une de ces méthodes sur l'autre. La publication du nouveau travail de M. Amussat servira à trancher la question.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour l'emploi du bevilacqua, ou hydrocotyle asiatique.

Nous avons fait ressortir, il y a quelques années, les résultats obtenus par plusieurs médecins de l'île Maurice et de Pondichéry par l'emploi du bevilacqua, ou hydrocotyle asiatique, dans les cas de lèpre tuberculeuse. Cette plante devant ses propriétés spéciales à un alcaloïde particulier, la *vellarine*, le Journal de Pharmacie propose de substituer les formules suivantes à celles recommandées par M. Lépine, pharmacien à Pondichéry; elles assurent mieux la conservation du principe actif dans les diverses préparations pharmaceutiques.

Poudre de racine d'hydrocotyle.

Desséchez les racines au bain-marie; pulvérisez sans résidu. Dose: 10 à 40 centigrammes par jour.

Pilules de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Poudre de racine d'hydrocotyle. . . .	1 gramme.
	Sirop d'hydrocotyle.	Q. S.

Faites 20 pilules. Dose : de 2 à 8 par jour.

Tisane de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Racine d'hydrocotyle concassée. . . .	10 grammes.
	Eau bouillante.	1,000 grammes.

Faites infuser une heure en vase clos; passez et sucrez.

Alcoolature de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Racine fraîche.	1 partie.
	Alcool à 33°.	2 parties.

Ecrasez la racine, faites-la macérer huit jours dans l'alcool; passez avec expression, soumettez le résidu à la presse; filtrez.

Sirop hydro-alcoolique de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Alcoolature de racine d'hydrocotyle. . .	20 grammes.
	Sirop de sucre.	1,500 grammes.

Mêlez. Chaque cuillerée de ce sirop contient 10 centigrammes d'alcoolature. Dose: 1 à 4 cuillerées par jour.

Teinture de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Racine sèche d'hydrocotyle.	1 partie.
	Alcool à 35°.	5 parties.

Concassez la racine, faites macérer quinze jours, passez, soumettez le résidu à la pression, et filtrez.

Pommade de racine d'hydrocotyle.

Pr.	Axonge.	500 grammes.
	Cire jaune.	100 grammes.
	Racine fraîche d'hydrocotyle	100 grammes.

Pilez la racine d'hydrocotyle, faites-la macérer à une douce chaleur pendant deux jours avec l'axonge; soumettez à la presse, ajoutez la cire, faites fondre et agitez la pommade jusqu'à refroidissement.

Préparation du sirop de persulfure de fer.

Voici la formule et le mode de préparation du sirop de persulfure de fer, tel qu'ils ont été donnés, il y a quelques années, par M. Sandras, qui a recommandé ce sirop d'une manière toute particulière, dans l'intoxication saturnine.

On fait dissoudre à l'eau tiède, dans un vase de terre, 2 kilogrammes de sulfate de fer du commerce; il faut, pour cela, un peu plus que le même poids du liquide. On a, d'autre part, préparé à l'avance une solution de foie de soufre dans l'eau bouillante; on verse cette solution dans celle du sulfate de fer, et on obtient à l'in-

stant un précipité noir et abondant. On laisse déposer, et quand la liqueur qui surnage ne donne plus de teinte noire par l'administration du foie de soufre dissous, on est assuré que tout le sulfure ferrugineux a été éliminé. Le précipité noir est recueilli en décantant ; on l'étale sur une toile très-serrée, et, à plusieurs reprises, on le lave à l'eau froide et pure, jusqu'à ce que le résultat de l'opération ne laisse plus dégager l'odeur d'œufs pourris. On laisse alors égoutter le précipité, en ayant soin de le couvrir, et quand il n'est plus que légèrement humide, on l'enferme dans des pots de faïence bien bouchés.

Pour préparer le sirop de persulfure de fer, on mêle 90 grammes de ce sel avec 500 grammes de sirop simple, et c'est le mélange qu'on fait prendre aux malades.

La dose est d'une cuillerée à bouche matin et soir. Mais les malades peuvent, sans danger, prendre des doses beaucoup plus considérables, et en continuer l'usage pendant des semaines et des mois..

Remarques sur le sirop d'iodure de soufre.

Parmi les nouvelles formules qui viennent d'être publiées, il en est une qui a attiré particulièrement notre attention, non-seulement parce que nous faisons imprimer un formulaire iodique, mais parce que nous pensons qu'il est utile de la faire apprécier à sa juste valeur par les lecteurs du *Bulletin*. Voici cette formule :

Iodure de soufre du Codex.	1 gramme.
Iodure de potassium.	1 gramme.
Séné de la palte.	60 grammes.
Eau commune..	260 grammes.
Sucre.	680 grammes.

Le sirop d'iodure de soufre active la circulation et favorise les fonctions de la peau. C'est un médicament précieux pour combattre, modifier et guérir les affections lymphatiques, scrofuleuses et cutanées. Chez les jeunes femmes, les jeunes filles surtout, affectées de chlorose, le sirop d'iodure de soufre soluble produit des phénomènes spéciaux du côté de la menstruation ; comme l'iode, et sans en avoir les dangers, il provoque à peu près constamment une exagération du flux menstruel. Dans les engorgements des glandes lymphatiques ou cancéreuses, qu'elles soient dégénérées ou converties en matières scrofuleuses, le sirop d'iodure de soufre soluble aide à leur cicatrisation dans le premier cas, à leur résolution dans le second. C'est ce qui explique ses heureux effets dans la phthisie commençante, lorsque les tubercules ne sont pas en suppuration.

Cette double composition, qui possède les propriétés de l'iode et

du soufre, est un excitant général, qui agit particulièrement sur les fonctions du système exhalant ; il est donc utile, non-seulement dans les cas d'engorgement scrofuleux, dans les dartres, la teigne, la syphilis, etc. ; mais dans l'œdème, le catarrhe, l'hydropisie, la paralysie, etc.

Le sirop d'iodure de soufre soluble convient, en un mot, dans tous les cas où les préparations d'iode et de soufre sont indiquées. Il peut, le plus souvent, remplacer la teinture d'iode et surtout l'huile de foie de morue, qui n'est pas toujours naturelle, qui est indigeste et qui inspire souvent une répugnance insurmontable. Ce sirop est toujours préparé dans d'égales et exactes proportions ; il est d'une digestion facile, et son odeur et sa saveur ne sont pas plus désagréables que celles des eaux sulfureuses les plus en renom.

Le sirop d'iodure de soufre soluble se prend à la dose de deux à à quatre cuillerées à bouche par jour pour les adultes, et de une à trois pour les enfants.

Nous pourrions nous contenter de dire que cette formule est une mauvaise formule ; mais nous pensons qu'il est nécessaire, en raison de l'importance que l'auteur lui donne, de discuter sa composition.

Nous ne parlerons pas de son efficacité, car tout le monde connaît l'action des agents thérapeutiques employés, et tout le monde sait qu'ils agissent réellement sur les affections signalées par l'auteur.

Si nous sommes disposé à faire à l'auteur de cette formule toutes les concessions qu'il peut désirer à l'égard de l'efficacité de son sirop, il n'en est pas de même pour sa composition. En effet, nous ne comprenons pas comment il a pu voir, en exécutant sa formule, que l'iodure de soufre devenait soluble, car voici ce qui arrive. Lorsqu'on triture l'iodure de soufre et l'iodure de potassium pour les dissoudre, l'iode de l'iodure de soufre se dissout et le soufre se sépare. Lorsqu'on ajoute ce soluté à l'infusé ou au décocté de séné filtré, l'infusé ou le décocté se trouble, l'iode est promptement dissimulé et l'on ne peut plus constater, après quelques instants, la présence de l'iode dans la liqueur avec du papier amidonné. Le précipité qui se dépose par suite du mélange des deux liquides est formé de tout le soufre de l'iodure de soufre et d'un peu d'iode, qui s'est combiné avec les principes du séné, qui sont devenus insolubles dans cette circonstance.

Ces faits bien simples, faciles à vérifier, prouvent d'une manière positive que nous avions raison de dire en commençant que c'est une ***mauvaise formule***, puisque l'iodure de soufre n'est pas un des prin-

cipes constituants de ce sirop, et qu'il serait aussi actif si l'on remplaçait l'iodure de soufre par son équivalent d'iode. Ce sirop doit être mis au nombre des sirops iodés ordinaires. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvel exemple de transmission d'accidents syphilitiques secondaires d'un enfant nouveau-né à sa nourrice.

Cette grave question de la transmission des accidents est toujours pendante. Comme elle peut être tranchée seulement par des faits bien observés, j'espère que vous voudrez bien enregistrer l'observation suivante, que j'adresse à la Société de chirurgie, afin de la soumettre à la discussion d'un jury compétent.

Alexandrine Baudon, trente et un ans, mariée depuis huit années, tempérament nerveux, faible constitution, atteinte, à trois reprises différentes, d'affections aiguës de la poitrine, accoucha vers la fin d'avril 1850.

Au mois d'août de la même année, elle vint à Paris chercher un nourrisson. Il était né depuis deux jours de parents peu aisés du 11e arrondissement, et d'apparence fort chétive. La nourrice remarqua une rougeur assez prononcée de toute la surface du corps, et sur les bras seulement quelques croûtes, qui disparurent au bout de cinq semaines. Elle vit apparaître ensuite et successivement une ophthalmie légère, puis des bulles et des pustules aux parties génitales, au pourtour de la bouche et du nez.

L'état de l'enfant s'aggravant de jour en jour, je fus consulté dans le mois de décembre, et je constatai une affection syphilitique des mieux caractérisées et parvenue à un degré tel que la guérison ne pouvait être espérée. La mort survint, en effet, dans les premiers jours du mois de janvier.

La nourrice manifesta la crainte d'avoir contracté quelque mal par l'allaitement : le sein droit présentait près du mamelon et à la partie inférieure de celui-ci deux pustules, dont l'une était déjà ulcérée; il y avait un léger engorgement des ganglions de l'aisselle. Ne croyant pas à cette époque que la syphilis pût se transmettre de l'enfant à la nourrice, lorsqu'il n'existait aucun accident primitif, je me contentai de toucher les deux pustules avec le nitrate d'argent et de faire un pansement avec l'onguent napolitain, et ne prescrivis aucun traitement général; les accidents locaux disparurent promptement. Cependant des symptômes consécutifs ne tardèrent pas à se manifester; il y eut d'abord de l'angine, puis une éruption sur le ventre et aux

parties génitales ; il y avait en même temps des démangeaisons à toute la surface du corps et un peu de fièvre.

Ce ne fut qu'au milieu d'avril 1851, c'est-à-dire quatre mois après la cautérisation des pustules du sein, que la malade me consulta de nouveau. Elle était dans l'état suivant : vive inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais et de ses piliers, accompagnée d'ulcérations superficielles nombreuses ; la base de la langue y participait ; elle était tuméfiée à ce point que la déglutition était devenue excessivement difficile, et présentait une large ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs. Les ganglions postérieurs du cou étaient tuméfiés, douloureux ; ceux de la base de la mâchoire étaient sains ; il n'y avait pas de croûtes du cuir chevelu.

Pustules nombreuses sur l'abdomen, plaques muqueuses aux organes génitaux, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit, anorex e, peu de sommeil.

Deux pilules de Dupuytren par jour, bains sulfureux ; plus tard, iodure de potassium, 1 gramme par jour.

Le traitement fut interrompu plusieu s fois, et ce ne fut qu'au bout de dix mois que tous les symptômes de la maladie disparurent.

Alexandrine allaitait en même temps que son nourrisson son propre enfant, qui avait été nourri seul pendant quatre mois et qui s'était bien développé. Il y avait déjà plusieurs mois que le nourrisson était mort et quelque temps que la mère était en traitement, lorsque la santé de l'enfant se dérangea à son tour. On constata aussitôt une roséole très-manifeste avec un peu de fièvre ; puis vinrent des bulles et des pustules, surtout à la verge et aux extrémités inférieures. Malgré le traitement auquel la mère était soumise, je n'hésitai pas à faire prendre à l'enfant une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour et quelques bains. Au bout de six semaines, tout avait disparu.

Depuis plus d'un an, Alexandrine n'avait vu reparaître aucun symptôme de la maladie, lorsqu'elle devint enceinte vers le mois de janvier 1853 ; la grossesse n'eut rien de particulier, l'accouchement se fit au mois d'octobre.

L'enfant, du sexe féminin, était très-chétif. A la naissance, on ne remarquait rien qu'une rougeur générale assez intense ; mais, au bout d'une quinzaine de jours, les pieds s'œdématièrent, et bientôt apparurent des taches rouges, des bulles, du pemphigus. Il en survint autant autour de la bouche, du nez, aux fesses, aux parties génitales ; l'enfant s'affaiblit de jour en jour, et la mort survint le quarante-deuxième jour après sa naissance.

Depuis cette époque, Alexandrine Baudon n'a rien éprouvé de nouveau; elle dit ne s'être jamais mieux portée; son enfant, âgé aujourd'hui de cinq ans, jouit également d'une santé excellente.

Cette observation mérite la plus grande créance; je connais la moralité parfaite de toute cette famille, à laquelle je donne des soins depuis longtemps. Dans mon esprit, il est impossible qu'un fait se présente avec de plus grandes garanties de véracité. LETORSAY, D.-M.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie de Paul d'Egine. Texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale, accompagné de variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction, par RENÉ BRIAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume in-8°, chez Victor Masson.

N'est-ce point se faire à plaisir le contempteur de notre siècle que de l'accuser de dédain pour la tradition, et d'en donner pour motif seulement une sorte de répulsion pour le fanatisme avec lequel nos pères subissaient le joug de l'autorité ? Est-ce une cause semblable qui a pu jeter notre âge dans les voies nouvelles qu'il parcourt, et qui lui ont été ouvertes par les progrès accomplis dans les autres sciences, la physique et la chimie en particulier ? Les méthodes modernes laissent, il est vrai, un plus libre essor à l'initiative individuelle, et cette spontanéité, si elle nuit quelquefois à la sûreté de la marche de la science, amasse et prépare des matériaux qui, à leur heure, serviront à ses progrès; mais il est impossible de le nier, la science antique représente encore la doctrine générale. La langue que parlent les adversaires de la tradition, elle a été créé par les anciens; toutes ces pratiques réputées nouvelles se trouvent, sinon explicitement, au moins en germe dans la médecine ancienne, et si la science antique ne répond plus aux progrès de l'anatomie et de la physiologie moderne, si ses enseignements sont à compléter à cet égard, la lecture des vieux auteurs nous ramène, au contraire, au respect de la tradition, de sorte que c'est, à notre avis, faire preuve de peu de réflexion que de mépriser les enseignements de ceux qui nous ont précédés, et de vouloir recommencer la science sur nouveaux frais à chaque siècle.

Une des causes les plus puissantes de la décadence de l'autorité de la tradition aujourd'hui, et c'est là une considération qui n'a pas

encore été présentée, que je sache, c'est l'incorrection des ouvrages de l'antiquité. Les manuscrits, copiés et recopiés à des époques différentes, nous ont laissé des textes incomplets, qui ne permettaient pas aux traducteurs de nous présenter la science antique dans sa majestueuse simplicité. Je n'en veux pour preuve que l'accueil fait en ces dernières années aux œuvres restaurées que nous livrent de savants médecins hellénistes. Oui, pour ramener les esprits modernes de leur fausse appréciation de la science du passé, il fallait commencer par reconstituer ces œuvres, et, fort des textes laborieusement rendus presque à leur pureté première, venir nous révéler sa valeur. Ce travail de véritable bénédictin que M. Littré a accompli pour Hippocrate, M. Daremberg pour Galien, M. Briau vient de le tenter avec non moins de succès pour Paul d'Egine. Comme si sa tâche n'était pas assez rude, notre savant confrère, dans une introduction pleine d'intérêt, nous fait connaître la vie et les ouvrages de son auteur et nous montre l'influence qu'il a exercée sur la génération qui suivit son époque. En effet, Paul vient au moment de la décadence de cet empire romain, qui devait tout engloutir sous ses ruines; en résumant toutes les acquisitions de l'art jusqu'à lui, cet écrivain offrait un attrait tout particulier aux hommes qui ne pouvaient pas perdre complétement le désir de conserver les enseignements du passé. Aussi est-il l'auteur ancien que les Arabes ont traduit le premier et qu'ils prisaient plus qu'Hippocrate et que Galien, en raison du service qu'il leur avait rendu, en condensant la science en quelques livres.

L'œuvre de Paul n'est pas l'exposé de ses propres conceptions, il le dit lui-même, et il ne sera peut-être pas sans intérêt pour nos lecteurs de lire le début de cette préface, dans laquelle l'auteur rend compte des motifs qui lui ont fait entreprendre son ouvrage.

« Je n'ai pas composé cet ouvrage, par la raison que les anciens auraient omis quelque chose de ce qui est relatif à l'art, mais pour avoir un résumé de la doctrine; car tout a été, au contraire, parfaitement élaboré par eux. Toutefois, les modernes, outre qu'ils ne cherchent pas du tout à se familiariser avec les anciens, les accusent encore de loquacité; c'est pourquoi j'ai fait le présent ouvrage pour servir ceux qui voudront l'avoir pour mémorial, et pour m'exercer moi-même. En effet, il est absurde que les rhéteurs aient à leur disposition des traités abrégés de jurisprudence, qu'ils appellent leurs compagnons de voyage, dans lesquels le résumé de toutes les lois est disposé pour un usage immédiat, tandis que nous négligeons une pareille ressource; et cependant ils ont la faculté d'ajourner une

discussion non-seulement à un court intervalle, mais même à un long délai, tandis que nous n'avons jamais, ou du moins très-rarement, cette liberté ; car une nécessité impérieuse nous oblige souvent à agir sans retard ; aussi Hippocrate dit avec raison que l'occasion est pressante. Les rhéteurs sont pressés par l'urgence des affaires presque uniquement dans les villes où il y a de riches collections de livres ; tandis qu'à nous médecins, non-seulement dans les villes, dans les campagnes, et même quelquefois dans les déserts, mais encore sur mer, dans les vaisseaux, il incombe subitement une obligation impérieuse de soigner des maladies dans lesquelles le moindre retard amène la mort ou au moins un péril extrême.

« Toutefois, il est très-difficile, et même tout à fait impossible, de retenir dans sa mémoire toutes les méthodes iatriques, ou toute leur substance détaillée ; et c'est pour cela que j'ai composé, d'après les anciens, ce recueil abrégé. En effet, je n'y ai point mis mes propres conceptions, excepté un petit nombre de choses que j'ai vues et expérimentées dans la pratique de l'art ; mais, familiarisé avec la plupart des auteurs célèbres, notamment avec Oribase, qui a lui-même recueilli dans les autres l'ouvrage entier dans lequel il nous donne en détail le tableau des moyens de conserver la santé, j'ai choisi dans ces auteurs ce qu'il y avait de meilleur, n'omettant, autant que possible, aucune maladie..... »

Le traité de Paul d'Egine, comme le fait remarquer M. Briau, clot l'ère grecque et la résume. Or, en le comparant à l'œuvre de Celse, autre compendium semblable, on peut suivre les progrès accomplis pendant la longue période qui sépare ces deux écrivains. La trachéotomie remise en honneur, une étude plus complète des maladies des organes génitaux, l'amputation du sein hypertrophié chez l'homme, le précepte de placer deux crochets sur le fœtus mort pour l'amener au dehors, les perfectionnements apportés à l'extraction des projectiles de guerre, et surtout la simplification de la ligature artérielle dans l'anévrysme, en supprimant la ligature préparatoire que conseille l'auteur latin, constituent les progrès accomplis de Celse à Paul.

Un fait psychologique bien remarquable est cet amour dont sont pris les traducteurs pour les écrivains qu'ils font revivre. M. Briau a subi cette influence. Il faut voir avec quelle chaleur il défend son auteur, lorsque Kurt Sprengel lui refuse l'initiative des procédés qu'il propose pour le traitement des anévrysmes ! Cette ardeur l'emporte même quelquefois jusqu'à faire trop large la part qui revient à Paul dans ce mouvement de la science. Nous en citerons pour preuve ce passage de son introduction, dans lequel il dit : « Paul, en

rapportant le procédé opératoire d'Antyllus pour la trachéotomie, pose nettement l'indication de cette opération, en disant qu'il faut la faire seulement quand le larynx est obstrué par une maladie survenue dans cet organe ou dans les parties voisines, et qu'il faut se garder de la pratiquer dans les suffocations qui ont pour cause une affection pulmonaire. C'est là un progrès dont l'honneur revient en partie à notre auteur. » L'interprète est ici en défaut, puisqu'après avoir cité ces indications, Paul ajoute : « Voici ce que dit Antyllus. » Les lignes qui suivent prouvent que l'écrivain grec était toutefois un chirurgien éminent, car il continue ainsi : « Lorsque le danger de la suffocation est passé, on rafraîchit les lèvres de la plaie, et on les réunit par une suture, en ayant soin de coudre seulement la peau sans les cartilages, etc..... Nous faisons usage du même traitement s'il se présente à nous quelqu'un qui, désirant la mort, s'est lui-même coupé la gorge. » Ce précepte de ne jamais tenter la réunion des arcs de la trachée a une grande valeur, et c'est plutôt l'occasion de mettre en relief cette pratique, car elle est loin d'être connue de nos chirurgiens, que le désir de critiquer l'œuvre si remarquable de notre confrère, qui nous a fait relever cette erreur. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que cet amour de l'interprète soit sans bornes ; la science à ses exigences, un esprit aussi distingué que M. Briau devait savoir les apprécier ; aussi s'il prend soin de mentionner les faits chirurgicaux qui prouvent que la chirurgie de Paul est plus complète, plus avancée que celle de Celse, cela ne l'empêche pas de signaler les lacunes que laisse son auteur favori.

Il n'est pas de développement le plus avancé de la médecine qui ne se trouve en embryon dans la médecine antérieure, a dit M. Littré, dans son introduction aux œuvres d'Hippocrate ; ce serait donc déjà une satisfaction pour les esprits distingués de notre époque que de pouvoir assister aux débuts de la science et de suivre d'âge en âge ses développements successifs. Un intérêt plus réel s'attache encore à la lecture de Paul. On y trouve formulés ces grands principes qui dominent l'appréciation des faits, et qui portent le médecin à agir chirurgicalement ; nous venons d'en fournir la preuve pour la trachéotomie ; ce sont ces formules tracées pour le traitement des diverses affections qui ont sauvé Paul du naufrage des siècles.

Cette circonstance d'être l'auteur qui résume les derniers progrès réalisés par l'art médico-chirurgical dans l'antiquité mesure l'importance de l'œuvre entreprise par notre savant confrère. Pour cette restauration du texte, c'est-à-dire pour dissiper les obscurités, combler les lacunes, il n'a pas consulté moins de dix-neuf manuscrits. Aussi

quelle différence présente sa traduction avec celle, non pas de Pierre Trollet, puisque, ignorant le grec, il a dû traduire une version latine, mais de l'œuvre consciencieuse de Daleschamps ! M. Briau a su imiter avec bonheur son modèle : l'expression est concise et claire ; le mot propre, dans son acception courante, ne laisse même pas venir la pensée de consulter le texte placé à côté.

L'œuvre entière de Paul d'Égine comprend sept livres ou traités, c'est le sixième qui concerne la chirurgie, dont M. Briau nous donne aujourd'hui la traduction. Il est bien à regretter qu'il n'ait pu y ajouter la pathologie chirurgicale fractionnée dans les livres quatrième et cinquième ; nous aurions possédé alors un résumé complet d'une partie importante de cette tradition antique si vénérée de nos pères, et envers laquelle quelques esprits d'élite auront su réveiller le goût dans notre siècle. Ce complément de sa tâche, M. Briau nous le promet, les marques de sympathie, les témoignages d'estime que lui ont valu son début, le pousseront, nous n'en doutons pas, à poursuivre son œuvre. Et quand on réfléchit que c'est au milieu des fatigues et des préoccupations d'une pratique assez étendue que M. Briau a pu trouver le temps de mener à fin une œuvre aussi importante, il est impossible de ne pas se sentir fier pour la profession médicale d'aussi nobles exemples. Non, l'amour de la science pour la science, non, le respect de l'autorité et de la tradition ne sont pas perdus parmi nous. M. Briau vient d'en fournir la preuve par sa traduction de Paul d'Egine ; d'autres le suivront dans cette carrière, sans autre espoir que d'être utile, comme lui, à ses confrères, sans autre but que de populariser la connaissance des anciens. Puissent nos témoignages d'estime et de sympathie les soutenir dans leur rude tâche, et les dédommager quelque peu du travail et des veilles que nécessitent des œuvres de cette importance !

BULLETIN DES HOPITAUX.

Effets remarquables du persulfure de fer dans l'intoxication saturnine. — Nos lecteurs se rappellent probablement que, il y a quelques années, MM. Sandras et Bouchardat proposèrent le persulfure de fer comme un bon contre-poison du plomb, du cuivre, du sublimé corrosif et de l'arsenic, et que M. Sandras est parti de cette propriété utile du persulfure de fer pour faire de cet agent la base d'un traitement particulier de l'intoxication saturnine. Le traitement proposé par M. Sandras est loin, d'ailleurs, d'être exclusif, et

si M. Sandras se propose principalement de maintenir dans le tube digestif un excès de persulfure de fer, destiné à conserver à l'état insoluble toutes les parcelles saturnines excrétées par le foie jusqu'à excrétion définitive, il a aussi la précaution de nettoyer le malade en dedans et en dehors du poison qui existe en nature au contact des organes, à l'aide des bains savonneux et des purgatifs, et de remédier attentivement aux accidents consécutifs de l'intoxication. C'est sous forme de sirop que M. Sandras administre le persulfure de fer; il fait avaler, matin et soir, dès le premier ou le deuxième jour du traitement, une cuilleréé à bouche d'un mélange de sirop et de persulfure de fer, dont nous avons donné la formule un peu plus haut. Nous avons recueilli, dans le service de ce médecin, deux observations, qui montrent que ce traitement, et le persulfure de fer en particulier, ne méritent pas le dédain et l'indifférence dont ils ont été l'objet jusqu'ici.

S... (Etienne), âgé de quarante ans, d'une santé habituellement bonne, se présenta pour la première fois, le 17 novembre, à la fabrique de Clichy, où il travailla cinq jours à la céruse, et treize au minium. Dès les premiers jours, il sentit diminuer son appétit, toujours bon jusqu'alors, et le perdit complétement, après sept ou huit jours de travail. A la même époque, se succédèrent chez lui de la céphalalgie, des douleurs dans la continuité des membres, accompagnées de faiblesse plus prononcée le matin. Après dix-sept jours de travail, S... fut arrêté au milieu de ses occupations par une syncope, qui l'obligea à les suspendre; il fut ramené chez lui par ses camarades. La céphalalgie continuait, limitée à la région sus-orbitaire gauche, en même temps que les douleurs dans la continuité des membres supérieurs et inférieurs; pas d'arthralgies ni de coliques. Le malade se purge avec l'aloès : son état ne s'améliore pas, et, le 14 décembre, il entre dans le service de M. Sandras, salle Saint-François, n° 30.

Le 15 décembre, perte d'appétit, céphalalgie frontale gauche, douleur dans la continuité des membres. Teint jaunâtre, odeur caractéristique de l'haleine, liséré violacé des gencives, collet des dents noir. Traitement : deux cuillerées de sirop de persulfure de fer. Bain savonneux. Le 16, l'appétit reparaît un peu; les douleurs des membres sont déjà moins fortes. Même traitement. Le 18, l'appétit est tout à fait revenu; les douleurs des membres ne sont plus que très-faibles; la céphalalgie persiste encore, mais moins intense; elle augmente chaque nuit, vers deux heures du matin, pour disparaître huit ou neuf heures après. Même traitement. Le 20, les douleurs des

membres ont disparu entièrement; le malade a recouvré sa vigueur habituelle; assez bonne coloration de la face, liséré des gencives en partie effacé; il ne conserve plus qu'un peu de céphalalgie et quitte l'hôpital.

Dans le second cas, les accidents étaient plus intenses. D... (Jean François), âgé de cinquante-sept ans, était occupé, depuis un mois, à brasser la céruse dans la fabrique de Clichy, lorsqu'il perdit complétement l'appétit, et fut pris de nausées fréquentes, sans vomissements toutefois; vives douleurs épigastriques, coliques, maux de tête et battements de cœur. Il entra à la Charité, où il fut purgé avec l'huile de ricin et de croton, et prit quelques bains sulfureux. Deux jours après, il quittait l'hôpital en assez bon état; mais à peine avait-il repris ses travaux que, trois jours après, le 13 novembre, il entrait dans le service de M. Sandras (salle Saint-François, n° 17). Perte d'appétit, douleurs vives à la région épigastrique, coliques violentes et constipation, céphalalgie frontale, éblouissement et affaiblissement de la vue. Douleurs presque continues, s'aggravant par intervalles dans les membres inférieurs, principalement à la partie interne des cuisses, et que le malade calme par la pression; douleurs analogues, mais moins intenses, dans les membres supérieurs. Affaiblissement général de la motilité; les jambes fléchissaient sous le poids du corps. L'état général dénote aussi l'influence délétère des émanations plombiques : face pâle et amaigrie, jaunâtre; haleine, liséré et coloration des dents caractéristiques. Traitement : deux cuillerées de sirop de persulfure de fer; le soir, une pilule d'opium de 0,03.

Le 16, après trois jours, l'appétit reparaît; le malade mange avec plaisir une portion d'aliments. On continue le persulfure. Le 19, trois jours plus tard, les douleurs gastriques et intestinales, presque continuelles au moment de l'entrée à l'hôpital, ne se montrent qu'à de rares intervalles et moins intenses. Peu de douleur dans les membres. Les forces reviennent. Même traitement. Deux portions d'aliments. Le 25, le malade peut déjà se promener deux ou trois heures par jour; douleurs des membres et des articulations moins fréquentes et moins vives; depuis le 21, les douleurs de membres et les coliques, qui coïncident toujours, offrent une intermittence régulière à type tierce. Chaque jour, même dose de persulfure. Le 30, tous les accidents ont presque complétement disparu; la convalescence est assez avancée pour lui permettre de sortir et de reprendre ses travaux.

On voit que ce traitement s'adresse surtout aux accidents chroniques de l'intoxication saturnine, à ces douleurs vagues dans diverses

parties du corps, aux troubles de la motilité, de la nutrition, etc., qui témoignent certainement d'un empoisonnement plus profond que la colique saturnine, accidents qui, soit dit en passant, résistent beaucoup plus à nos moyens thérapeutiques que la colique, et laissent surtout une empreinte plus marquée sur la constitution que celle-ci. Le persulfure de fer semble donc combler une véritable lacune dans le traitement des affections saturnines.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement (*Nouveaux faits à l'appui de l'incision de la vulve comme moyen de prévenir la déchirure du périnée pendant l'*). Rappeler des pratiques bonnes et utiles vaut souvent mieux qu'enregistrer, comme nous sommes obligés de le faire trop souvent, des nouveautés qui ne vivent qu'un jour. Au nombre des premières, nous ne craignons pas de ranger l'incision de la vulve. N'est-il pas incontestable que dans un grand nombre des premiers accouchements il se produit des déchirures du périnée plus ou moins étendues. Or, ces déchirures ne sont pas chose indifférente. Indépendamment de ce qu'elles constituent de véritables infirmités, elles exposent trop souvent les femmes à des abaissements de l'utérus et à toutes leurs conséquences fâcheuses. L'incision de la vulve, pratiquée dans les cas d'étroitesse ou de rigidité extrême de cet orifice, a pour avantage de remplacer une déchirure par cause violente et faite pour ainsi dire en aveugle, par une opération régulière et bien définie. Voici du reste les deux faits de M. Carpentier.

Obs. I. Femme en travail de son premier enfant; fortes douleurs depuis longtemps; la tête se montrait à la vulve, mais elle y restait depuis deux heures, en dépit de l'intensité des efforts expulsifs. Sans plus attendre, l'auteur fit avec une paire de ciseaux une petite incision sur le côté de la vulve; immédiatement après, une forte contraction terminait le travail.

Obs. II. Dans ce cas, la difficulté du travail avait nécessité l'application du forceps. Cette application ne présenta aucune difficulté; mais, au moment où la tête se présentait à l'orifice externe, il devint évident que le travail ne pourrait pas se terminer sans une déchirure considérable du périnée. Profitant d'une vive douleur, M. Carpentier pratiqua une incision sur la vulve, comme chez la malade précédente, et l'enfant fut extrait sans difficulté. — Rappelons en terminant que cette pratique, que l'on doit à M. le professeur P. Dubois, consiste à faire une petite encoche de 1 centimètre avec les ciseaux, sur le côté du périnée, au moment de sa plus grande distension. De deux choses l'une : ou cette incision suffit à donner à la vulve assez d'ampleur, ou bien, si la déchirure a lieu, au moins on a marqué la place où elle doit se faire. Ainsi que l'a dit avec raison M. Chailly-Honoré dans ce journal (*Bull. de Thér.*, t. XL, p. 70), cette pratique n'a jamais aucun inconvénient. La petite incision n'est pas sentie par la femme; elle se cicatrise avec la plus grande rapidité, tandis qu'une déchirure, n'eût-elle pas compromis le sphincter, sans cesse baignée par les lochies, est longue à guérir, et nécessite le plus souvent la périnéoraphie. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Acide arsénieux. *Efficacité des hautes doses pour triompher des fièvres intermittentes rebelles.* Les méprises servent quelquefois aux progrès de la thérapeutique, en montrant les effets des médicaments à dose plus élevée qu'on n'aurait osé le prescrire. M. Fuster vient d'en fournir un nouvel exemple, en communiquant à l'Académie des sciences les résultats de l'emploi de hautes doses d'arsenic, données par erreur dans son service. On administrait l'acide arsénieux aux fiévreux par petits paquets de 5 milligrammes. Un des malades n'était encore arrivé à en prendre que 3 centigrammes par jour, un second 4, enfin un troisième 6. Les paquets de 5 milligrammes étant épuisés, on les rem-

plaça par des paquets de 1 centigramme, c'est-à-dire que la dose était doublée. L'interne de service, qui ignorait cette circonstance, continua à distribuer le médicament de la même manière, en sorte que le premier malade prit 6 centigrammes d'acide arsénieux au lieu de 3, le second 8 centigrammes au lieu de 4; enfin le dernier, 12 centigrammes au lieu de 6. Ces doses furent continuées pendant sept jours avant qu'on s'aperçût de la méprise. Voici les résultats de cette erreur : le premier malade eut quelques coliques très-légères, et sa fièvre double tierce, très-ancienne fut coupée radicalement; le second éprouva quelques vertiges, de la diarrhée, d'assez fortes coliques: 10 centigrammes d'émétique lui furent administrés; puis, comme on ignorait la cause de ces accidents qui, du reste, avaient cédé au vomitif, on continua de lui administrer 8 centigrammes d'acide arsénieux pendant trois jours encore, et sa fièvre quarte, qui était invétérée, disparut également. Enfin, le dernier malade, qui prenait une dose d'arsenic beaucoup plus élevée, n'a éprouvé que des coliques très-légères et, dans la région de la rate, une douleur qui a cédé à l'application de deux ventouses scarifiées; mais sa fièvre, qui était quarte et durait depuis fort longtemps, n'a point été amendée. Il serait à désirer que M. Fuster, qui, depuis cinq ou six années, s'occupe avec une persévérance si louable de l'expérimentation clinique de l'acide arsénieux, voulut bien résumer les résultats de sa pratique à cet égard. Nous regrettons qu'il n'ait pas songé à soumettre son dernier malade au sulfate de quinine. Quelques faits ont montré que le sel quinique, administré après l'emploi infructueux de l'acide arsénieux, triomphait le plus souvent de l'affection réfractaire. (*Compte-rendu de l'Académie des sciences*, juillet.)

Ascite (*Sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de l'*). Tel est aujourd'hui le nombre des cas dans lesquels ces injections ont été tentées pour la cure de l'ascite, qu'il est bien permis de se demander ce que l'on peut en attendre. Deux circonstances pourtant doivent nous rendre très-réservés dans ce jugement. La première, c'est que l'on ne connaît pas à beaucoup près tous les cas dans lesquels ces injections ont été pratiquées, et ce sont précisément des cas suivis d'insuccès et même de mort; la seconde, que l'ascite étant le plus souvent symptomatique, il faudrait arriver à bien déterminer les formes ou les complications qui autorisent ou excluent cette manière de faire, et cela n'a pas été fait et ne peut l'être encore. Toujours est il cependant que la publication de faits nouveaux contribue à la solution du problème, et nous devons remercier M. Gintrac fils d'avoir repris la question, en apportant les éléments nouveaux qui lui appartiennent.

« L'injection de la teinture d'iode dans le péritoine, pour le traitement de l'ascite, constitue une médication généralement exempte de danger, » dit notre confrère. Nous partageons son opinion, en ajoutant cependant que c'est de toutes les membranes séreuses celle qui montre la plus grande sensibilité à l'action de l'iode, et dans laquelle l'injection iodée est accompagnée fort souvent des symptômes les plus alarmants. « La dose de teinture d'iode injectée peut varier de 30 à 80 grammes, ajoutés à 100 gram d'eau distillée et à 2 ou 4 gram. d'iodure de potassium. » Il est cependant regrettable que l'on ne sache pas encore sur quelles données baser la quantité plus ou moins grande de teinture d'iode employée dans un cas donné. Mais dans quels cas réussit l'injection iodée? M. Gintrac est explicite à cet égard : « Elle est conseillée avec avantage surtout dans l'ascite idiopathique, soit hypersthénique, soit asthénique; elle peut réussir dans l'hydropisie qui coïncide avec un engorgement simple du foie ou de la rate, avec des tumeurs de l'abdomen indolentes, non volumineuses, non dégénérées, et depuis une certaine époque arrêtées dans leur développement; elle est contre-indiquée dans les affections organiques des poumons, du cœur et des vaisseaux, des voies digestives, des reins et de l'utérus; en un mot, chaque fois qu'il existe une lésion grave d'un viscère quelconque; elle doit encore être rejetée quand le liquide péritonal contient une certaine quantité de sang ou de pus. » On voit combien les indications doivent se rencontrer rarement dans un degré d'évidence suffisant pour permettre au médecin d'assurer ou même d'espérer le succès. Aux autres contre-indications déjà si nombreuses, nous croyons devoir ajouter la péritonite chronique. Nous tenons en effet de notre collaborateur, M. Aran, qu'il a perdu en quinze ou dix-huit heures, à la suite d'une injection iodée, un

homme atteint de cette forme de péritonite, qui a passé immédiatement à l'état aigu. Cette circonstance nous empêche par conséquent de nous rallier entièrement à la proposition suivante de M. Gintrac. « Cependant, même dans une de ces dernières circonstances, si l'épanchement se renouvelait avec rapidité, et s'il comprimait les viscères par un volume trop considérable, on pourrait, dit-il, vu l'innocuité de ce moyen, tenter l'injection iodée, afin de modifier la surface péritonéale et de diminuer l'abondance de la sécrétion. « Du moment que le diagnostic ne rentre pas d'une manière très-franche dans les indications posées plus haut, il nous semble au contraire que l'abstention est de droit. Quant au mode d'action, M. Gintrac a résumé très-fidèlement, dans la proposition suivante, ce que les faits ont appris à cet égard : « L'injection iodée, dit-il, peut agir de deux manières : 1° en déterminant une inflammation adhésive, c'est-à-dire une inflammation qui provoque la formation de fausses membranes et des adhérences des intestins avec les parois abdominales ; 2° en produisant une modification spéciale de la vitalité de la membrane séreuse, modification en vertu de laquelle se rétablit l'équilibre rompu entre l'exhalation et l'absorption. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1855.)

Eczéma chronique (*Bons effets de l'huile pyrogénée de bouleau dans l'*). On sait que l'on extrait du bouleau blanc, par la distillation, une huile empyreumatique connue sous le nom d'*huile russe*. Il y avait lieu de croire que cette huile pyrogénée devait avoir des propriétés thérapeutiques analogues à celles d'autres produits semblables, de l'huile de cade, par exemple. C'est ce que Heim avait déjà vérifié pour le psoriasis, et c'est ce que M. Blasius, de Halle, a vérifié de son côté pour l'eczéma chronique. Depuis quinze années qu'il en fait usage, il en a toujours obtenu, dit-il, les meilleurs résultats; c'est dans la forme chronique, bien entendu, que l'on peut en attendre de bons effets. Il faut faire des onctions sur les parties malades avec cette huile pure, les envelopper avec des linges, et, quelques jours après, les laver avec de l'eau de savon, pour recommencer de nouveau ces frictions huileuses. On continue ainsi non-seulement jusqu'à ce que l'éruption eczémateuse ait cessé de se produire, mais encore jusqu'à ce que la peau ait repris son apparence normale. Ce médicament peut être employé aussi bien dans les cas où la peau est constamment baignée d'humidité que dans ceux où la peau est sèche et couverte de grosses croûtes. Seulement, lorsque l'eczéma donne lieu à une douleur brûlante, à une sensation plus grande de chaleur, à une tuméfaction et à une rougeur plus vives, qui indiquent la réapparition de l'état aigu, on suspend pour un jour ou deux l'huile de bouleau. Comme remèdes internes, l'auteur considère comme plus efficaces le sulfure de chaux antimonié, l'autrakokali et le sulfure d'or. L'auteur recommande en outre de faire choix d'une bonne huile de bouleau qui ne soit mélangée ni de goudron, ni d'huile animale fétide, comme cela a lieu trop souvent dans le commerce. (*Annali univ. di med.*)

Fracture de la clavicule, *non consolidée. Résection des deux tiers de cet os pratiquée avec succès.* Le fait suivant est de nature à rassurer les chirurgiens au sujet des inconvénients qu'on a attribués, un peu gratuitement peut-être, à la résection de la clavicule. Une femme âgée de quarante ans, un peu pâle, maigre et chétive, entra le 27 juin 1854 à l'hôpital Lariboissière, dans le service de M. Chassaignac, pour une ostéite suppurante de la clavicule, avec perforation des téguments. Au niveau de la partie moyenne de la clavicule, il existait une plaie étroite, fongueuse, reliée à l'os par un cordon fibreux, que l'on sentait en soulevant les téguments et qui fournissait une suppuration peu abondante, séreuse. Un stylet arrivait sur la clavicule, dénudée dans une faible étendue. La palpation de l'os à travers les téguments montrait qu'il était fracturé à l'union du tiers moyen avec le tiers interne de son corps. Le fragment interne, qui était le plus élevé, faisait saillie sous la peau, mais sans douleur, tandis que le fragment externe abaissé présentait sous les téguments une saillie qu'on ne pouvait toucher sans éveiller une douleur très-vive. Cette fracture était survenue spontanément, quatre années auparavant, par un effort fait pour mouvoir le levier d'une pompe qui était gelée. Craquement et vive douleur, qui ne dure que quelques secondes. Pendant trois années néanmoins, la malade continua à travailler. Lorsque la douleur devint plus vive, une ulcération fistuleuse ne tarda pas à se faire;

mais la malade continua encore à travailler pendant dix mois. Enfin, l'augmentation des douleurs, l'amaigrissement, etc., lui avaient fait quitter son travail depuis deux mois seulement, lorsqu'elle entra à l'hôpital.

Le 31 juillet, M. Chassaignac procéda à la résection, de la manière suivante : Il tailla, au niveau de la partie malade de l'os, et il disséqua un lambeau demi circulaire à concavité inférieure, puis il fit relever ce lambeau. La clavicule mise à nu, une scie à chaîne fut passée au-dessous, et la section de l'os opérée, on saisit avec le davier à résection le fragment interne de la clavicule et l'on put alors facilement le disséquer, en ayant soin de toujours le raser avec le bistouri, pour conserver le périoste et éviter les urganes sous-jacents. Cela fit découvrir que l'altération se propageait vers l'extrémité interne, ce qui obligea à pratiquer la désarticulation. On abattit ensuite le lambeau tégumentaire et l'on ferma la plaie par la suture à points séparés. On appliqua également la suture à points séparés à l'ulcération dont les bords avaient été préalablement avivés et qui avait été comprise tout entiere dans le lambeau. Pansement par occlusion, écharpe de Mayor. Le 5 août, premier pansement; on trouva la plaie en partie réunie par première intention. Le 12 août, elle était fermée et bourgeonnante; peu de suppuration, même douleur au moindre mouvement. Le 16 août, les bourgeons charnus étaient pâles et mollasses; on les toucha avec le nitrate d'argent, sans cesser les pansements simples jusqu'au 1er septembre. La cautérisation s'effectua lentement; la douleur diminua graduellement; néanmoins, ce fut seulement à partir de la fin d'octobre que la malade put se servir un peu de son bras droit, et les mouvements ne paraissaient être revenus que difficilement et d'une manière incomplète. Au moins, c'est là que s'arrête l'observation. Il n'en est pas moins vrai, ainsi que le fait remarquer M. Chassaignac, 1° que la résection de la clavicule est une opération qui procure des résultats généralement très-favorables ne donne lieu qu'à une mortalité très-faible et ne porte presque aucune atteinte à l'intégrité de fonctions du membre malade; 2° que la clavicule est peut-être de tous les os celui sur lequel on peut mieux conserver le périoste dans les résections; 3° que le meilleur mode de résection, soit totale, soit partielle, consiste à scier l'os avec la scie à chaînes, avant de pratiquer la désarticulation. La résection de la clavicule n'est point un obstacle à ce que l'on tente la réunion primitive, sinon de la totalité, du moins d'une grande partie de la plaie résultant de l'opération. L'empâtement douloureux de la main et de l'avant-bras, à la suite des résections de clavicule, n'est que passager et se dissipe assez promptement sous l'influence de la compression et des résolutifs. (*Gaz. hebd. de méd.*, juin et juillet.)

Gaz acide carbonique (*Emploi thérapeutique des bains et douches de*). Il existe depuis plusieurs années en Allemagne, aux principales sources carbo-gazeuses, à Marienbad, Carlsbad, Kistingen, Eger, Manheim, Canstadt, Meinberg, Cronthal, etc., des établissements spéciaux où l'on administre le gaz acide carbonique, soit en bains généraux ou partiels, soit sous la forme de douches ou d'injections, soit enfin par voie de déglutition ou d'inhalation. M. le docteur Herpin, de Metz, vient de communiquer à l'Institut les observations qu'il a été à même de faire sous ce rapport dans le cours de ses visites aux établissements thermaux de l'Allemagne.

On emploie le gaz carbonique tantôt pur, tantôt mélangé, en proportions plus ou moins considérables, avec de l'air atmosphérique ou du gaz sulfhydrique à l'état sec ou humide, avec de la vapeur d'eaux minérales, etc. Les appareils dont on se sert pour l'administration des bains de gaz sont analogues à ceux que l'on emploie pour les bains de vapeur ou sulfureux, pour les bains locaux ou douches de vapeur, etc On prend même des bains en commun, tout habillés, dans un bassin ouvert, de 1 mètre environ de profondeur, creusé dans le sol, et formant un salon élégamment décoré. La tête est élevée au-dessus de la couche de gaz.

La susceptibilité ou la faculté de recevoir l'impression particulière produite par le gaz carbonique varie suivant les sujets. Pour les uns, quelques minutes suffisent; pour les autres, il faut une demi-heure et même une heure. Les personnes à peau blanche et délicate, à chair molle ou d'une constitution lymphatique, ressentent très promptement les effets du gaz. La première impression que l'on éprouve en pénétrant dans la couche de gaz carbonique est une sensation de chaleur douce et agréable, analogue à

celle que produirait un vêtement de laine fine ou de la ouate; à cette sensation de chaleur succèdent un picotement, un fourmillement particuliers, et, plus tard, une sorte d'ardeur que l'on a comparée à celle qui est produite par un sinapisme qui commence à mordre sur la peau. Les douleurs anciennes, spécialement celles des vieilles blessures, se réveillent; la peau devient rouge, transpiration abondante sur les parties en contact avec le gaz, sécrétion urinaire considérablement augmentée. La sensation de chaleur et la transpiration continuent pendant plusieurs heures après que l'on est sorti du bain. Dans les premiers instants qui suivent l'immersion du corps dans la couche gazeuse, les mouvements du cœur ne sont que faiblement accélérés; mais lorsque le bain se prolonge, alors arrive la surexcitation : pouls plein vif, accéléré, chaleur brûlante, turgescence et rubéfaction de la peau, céphalalgie, oppression de la poitrine, etc. Prolongé pendant trop longtemps, plusieurs heures, ce bain détermine un état de stupeur, comme de pararalysie, le sang veineux prend une couleur noirâtre, etc.; mais, pris dans les conditions convenables, il vous rend plus dispos, plus léger pour quelques heures.

On a reconnu à ces bains une action énergique sur les systèmes vasculaire et nerveux, sur le système génital comme aphrodisiaque, comme emménagogue, rendant la menstruation plus abondante, et faisant avancer les époques; ils rappellent promptement la chaleur et la transpiration à la peau, et, comme tels, agissent d'une manière efficace contre les diverses maladies qui ont pour cause la suppression ou les dérangements de la transpiration; ils rappellent aussi les flux sanguins habituels; enfin, par leurs propriétés antiseptiques, ils assainiraient et amélioreraient les plaies et les suppurations de mauvaise nature, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. De là leur emploi dans certaines maladies des yeux, des oreilles, les écoulements purulents, la débilité de certains organes, l'affaiblissement de la vue, et même dans certaines affections des organes de la respiration.

Nous avons cru devoir appeler l'attention sur les effets thérapeutiques attribués à ces bains et douches de gaz acide carbonique; sans doute, il y a beaucoup d'exagération, mais il y a des effets physiologiques assez remarquables et assez incontestables pour qu'on ne doive pas les cruire sans activité aucune. C'est aux établissements thermaux, si nombreux en France, dont les eaux contiennent ce gaz en abondance, à Saint-Nectaire, Saint-Alban, Saint-Galmier, Saint-Pardoux, Clermont, Royat, Chateldon, Camarès, etc., etc., que des recherches semblables pourront être continuées avec quelques chances de résoudre la question. Plusieurs tentatives ont été faites depuis quelques années, mais avec trop peu de suite et sur une trop petite échelle, pour qu'on puisse rien conclure. L'avenir dira s'il y a quelque chose de sérieux au fond de ces applications du gaz acide carbonique à la thérapeutique. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, juin.)

Hernies étranglées (*Traitement des*) *par l'extrait de belladone à l'intérieur*. Nous cherchons vainement, dans les observations d'ailleurs intéressantes qui viennent d'être publiées par M. de Larue, en quoi l'administration de la belladone à l'intérieur, à la dose de 20 centigr., dans une potion de 90 gram., donnée par cuillerées à café, de dix en dix minutes, constitue une nouvelle méthode de traitement des hernies étranglées. Cela ne nous empêche pas, cependant, de prendre note des observations rapportées par ce médecin, et de les placer sous les yeux de nos lecteurs, convaincu que dans certains cas d'étranglement, nous n'osons pas dire dans tous, comme notre confrère de Bergerac, la réduction pourra être obtenue à l'aide de ce médicament. Ainsi, l'observation I de M. de Larue est très-satisfaisante. La malade, âgée de soixante ans, maigre, affectée d'une hernie entéro épiploïque droite réductible depuis quatorze années, était atteinte d'accidents depuis deux jours, lorsque notre confrère fut appelé. Les symptômes étaient vraiment menaçants : ballonnement et sensibilité du ventre; vomissements stercoraux, selles supprimées, face pâle, grippée, urines visqueuses, extrémités glacées, hoquet, somnolence, pouls précipité, petit, faible, intermittent, soif ardente, tumeur herniaire de la grosseur du poing, arrondie, violacée, sensible et médiocrement tendue, plus que jamais irréductible. La malade se refusait à l'opération. Notre confrère lui prescrivit 20 contig. d'extrait de belladone avec 60 gram. d'eau distillée et 30 gram. de sirop de fleurs d'oranger, à prendre comme

il a été dit plus haut. Quelques heures après, la hernie était molle, et il suffit de la plus légère pression pour la faire rentrer dans l'abdomen. Dans le second cas, les résultats sont d'autant plus remarquables qu'ils ont été obtenus six fois chez la même personne; mais il reste des doutes sur le point de savoir si c'était bien un étranglement et non pas un engouement. Ces accidents étaient toujours survenus peu de temps après le repas dans une hernie crurale d'un volume considérable et généralement mal contenue. Mêmes remarques et plus fortes encore pour la troisième observation, notre confrère n'ayant pas vu la malade au moment des accidents. Nous croyons également que M. de Larue avait affaire à un engouement dans la quatrième observation, le malade, affecté depuis onze années d'une entérocèle inguinale du côté droit, ayant cessé depuis quelque temps de porter un bandage. Cependant, les symptômes étaient graves : anxiété, envies de vomir, pouls plein, peu fréquent; extrémités refroidies, ventre ballonné, douloureux, principalement au-dessus du sac herniaire; tumeur tendue, dure, sensible, gargouillante, grosse comme la tête d'un fœtus à terme; réduction impossible par le taxis. La potion indiquée plus haut fut administrée à ce malade par cuillerée à café, de quart d'heure en quart d'heure. Après l'ingestion de la cinquième cuillerée, tous les symptômes s'étant progressivement amendés, la tumeur, légèrement poussée par le malade, disparut brusquement. — Rappelons, et ce fait est de la plus haute importance au point de vue de ce traitement, que jamais cette dose de 20 centigr. d'extrait de belladone n'a déterminé de narcotisme. (*Rev. thérap. du Midi*, juillet.)

Myopie et presbytie acquises. *Leur traitement hygiénique.* L'œil est une sorte d'instrument d'optique, et qui, grâce aux puissances musculaires dont il est environné, jouit de la propriété de distinguer les objets placés aux distances les plus éloignées comme les plus courtes. Mais lorsque pendant un long temps on vient à fixer sa vue sur des objets peu volumineux très-rapprochés, elle se raccourcit ou devient myope. Si, dans leur ignorance de la cause de cette modification, les personnes qui la subissent prennent des lunettes à verres concaves, leur vue semble s'améliorer, mais les muscles qui servent à l'accommodation de l'œil aux grandes distances focales n'agissant plus, ils s'affaiblissent, et ces personnes demeurent myopes. Ce fait s'observe fréquemment chez les horlogers, les graveurs, les brodeuses de dentelles, et l'exemple que M. Jobart signale dans le mémoire qu'il vient de lire à l'Académie des sciences ne présente rien de nouveau ; seulement le conseil qu'il donne mérite d'être rappelé, car il est loin d'être vulgaire. Lorsque la myopie n'est pas héréditaire et surtout qu'elle est récente, on peut s'en guérir facilement en abandonnant l'usage des lunettes ; le savant académicien belge s'offre comme exemple. M. Jobart a été plusieurs fois dans sa vie myope et presbyte. Les études du collège lui avaient rendu la vue courte ; devenu plus tard ingénieur du cadastre et forcé de fixer au loin des objets peu volumineux, il s'acquit bientôt une vue longue, mais ne tarda pas à redevenir myope lorsqu'il se livra à la pratique de la miniature et de la gravure lithographique. Pour notre part, nous admettons le fait de la myopie acquise comme un fait morbide : les exemples en sont fréquents dans les villes industrielles. On ne peut en dire autant de la presbytie. Aussi si nous recommandons, avec M. Jobard et tous les ophthalmologistes, dans les cas de myopie, de ne pas céder au désir de prendre des besicles, et d'exercer la vue à distinguer des objets placés à de grandes distances, nous rejeterons le conseil qu'il donne aux presbytes de se livrer à des lectures prolongées la nuit, et aux femmes de confectionner des broderies très-fines, éclairées avec une faible lumière. Autant le premier précepte procurera des effets avantageux, autant le second en fournira de désastreux. A ce traitement hygiénique de la myopie acquise, il est bon d'ajouter des fomentations froides sur les yeux et quelques dérivatifs sur le tube intestinal, surtout l'emploi de ceux qui ont pour action de congestionner les veines hémorrhoïdales, l'aloès, par exemple. (*Compte rendu de l'Acad. des sc.*, juillet.)

Plaies de poitrine (*Sur le traitement des*). Les circonstances au milieu desquelles nous nous trouvons donnent une intérêt d'actualité à cette question. Voici en quels termes le célèbre chirurgien anglais G.-J. Guthrie résume les principes du traitement dans les plaies de poitrine : 1° Toutes les plaies pénétrantes de poitrine doivent être fermées aussitôt que possible, à l'aide

d'une suture continue, comprenant la peau seulement, et d'une compresse soutenue par des bandelettes adhésives ; le malade doit ensuite être couché sur le côté affecté. 2° Si le sang coule librement par une petite ouverture, la plaie doit être élargie de manière à montrer si le sang vient ou non de l'intérieur de la poitrine. S'il est fourni par un vaisseau extérieur à cette cavité, on doit s'assurer de ce vaisseau avec la torsion ou avec la ligature. 3° Si le sang s'écoule de l'intérieur de la poitrine, et s'il coule assez abondamment pour compromettre la vie, il faut fermer immédiatement la plaie. Mais comme le malade peut perdre avec avantage, en ces cas, une certaine quantité de sang (deux ou trois livres, par exemple), on doit retarder l'occlusion de la plaie jusqu'à la syncope, ou seulement jusqu'au moment où l'on croit la perte de sang suffisante. 4° Si la plaie ne fournit plus de sang, bien qu'il existe manifestement une certaine quantité de ce liquide dans la cavité de la plèvre, la plaie doit être laissée ouverte, et pansée simplement pendant quelques heures, si l'on peut espérer l'écoulement au dehors d'une certaine quantité de sang. Mais si cette évacuation a eu lieu ou est impossible, la plaie doit être fermée. Il faut savoir, en effet, que les épanchements qui se produisent dans ces cas sont beaucoup moins abondants que l'on pourrait le supposer. 5° Si l'auscultation et la percussion montrent toutefois que la cavité de la plèvre est remplie de sang, si l'oppression et la gêne de respirer sont suffisantes pour donner des inquiétudes sur la vie du malade, il faut rouvrir la plaie, même lorsqu'elle est récente. 6° Aussitôt que l'on a pu s'assurer de la présence dans la poitrine d'une quantité de sérosité suffisante pour refouler le poumon contre la colonne vertébrale, et si un temps suffisant s'est écoulé pour l'oblitération du vaisseau qui fournissait primitivement le sang, le liquide doit être évacué par une contre-ouverture, pratiquée au lieu d'élection avec le trocart, ouverture que l'on peut élargir ensuite, à moins que l'on ne préfère revenir de nouveau à la ponction dans quelque temps. (*Medical Times.*)

Ulcères variqueux (*Influence de la position sur la guérison des*). C'est avec raison que M. Gerdy a tant insisté dans ces dernières années sur l'influence de la position dans la résistance ou la guérison de diverses maladies. Placer la partie malade dans une position plus élevée que le reste du corps, la soustraire par conséquent, dans certaines limites, à l'influence de la pesanteur, tel est le principe qui a été posé par le savant professeur, précepte fécond et susceptible d'être appliqué à une quantité très-grande de maladies. Mais il n'en est peut-être pas dans lesquelles cette influence de la position soit plus marquée que dans le cas d'ulcères variqueux des jambes. On voit, par exemple, des ulcères qui ont traversé sans modification aucune les traitements les plus variés qu'on leur a fait subir, et qui guérissent rapidement dès que, en plaçant le membre dans une position plus élevée que le reste du corps, on empêche la colonne de sang de presser sur les capillaires congestionnés. Un chirurgien anglais très-distingué, M. Hilton, a fait sur ce point particulier de chirurgie quelques recherches à l'hôpital de Guy. En quelques jours, il a obtenu, par des pansements simples et l'élévation du membre placé sur des coussins de sable ordinaires, la guérison complète de trois ulcères indolents. M. Hilton fait remarquer que les pansements simples que l'on emploie dans ces cas doivent être faits avec soin, afin de ne pas comprimer les vaisseaux et de ne pas presser sur les bourgeons charnus. Peut être est-ce un traitement bien simple à une époque comme la nôtre, si avide de nouveautés pathologiques et thérapeutiques; mais les succès qui l'accompagnent le plus généralement méritent bien que les médecins et les chirurgiens s'en souviennent un peu plus souvent. (*The Lancet*, août.)

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — APPAREILS ORTHOPÉDIQUES.

Appareil pour le traitement du pied-bot.

En profitant de l'occasion que nous offrait l'Exposition universelle, pour faire connaître à nos lecteurs les principaux perfectionnements modernes de la mécanique instrumentale, nous avons prétendu ne pas nous astreindre à un ordre bien rigoureux. Nous nous occuperons aujourd'hui des appareils orthopédiques. Nous le faisons avec d'autant plus d'empressement que nous ne considérons pas l'orthopédie comme une spécialité durable. Il faut que tous les médecins, qui savent déjà diagnostiquer les difformités du squelette, apprennent aussi à les traiter, au lieu d'abandonner ce traitement à des personnes qui sont le plus souvent étrangères aux études médicales. Si l'orthopédie n'a pas encore rendu dans la pratique générale tous les services qu'il est permis d'en attendre, cela vient en grande partie de ce que nos confrères, après avoir reconnu la nécessité d'un traitement mécanique, adressent leurs malades à un fabricant qui, selon qu'il est plus ou moins habile, fournit un appareil plus ou moins convenable, et qui, après l'avoir appliqué une première fois, se contenté d'en indiquer le maniement, sans beaucoup s'inquiéter des résultats ultérieurs. Or, cela ne suffit pas pour le succès de la cure. Le maniement aveugle d'un instrument, quelque parfait qu'on le suppose, ne saurait réussir que par exception. Il faut, suivant chaque cas particulier, faire varier les pressions, les accroître en certains points, les diminuer en d'autres points, surveiller attentivement l'état des parties et profiter de toutes les modifications qui peuvent survenir, pour remplir s'il y a lieu des indications nouvelles. Ainsi dirigé, le traitement orthopédique triomphe de bien des difformités qui résisteraient à l'application pure et simple d'un appareil. Le médecin seul est capable de faire face à toutes les éventualités, puisque lui seul sait apprécier les indications. Il faut donc, dans l'intérêt général, qu'il apprenne à connaître le mécanisme des appareils. Telle est du moins notre conviction, et c'est ce qui nous décide à insister aujourd'hui sur les machines qu'on peut employer dans le traitement du pied-bot.

Le traitement mécanique du pied-bot est aussi ancien que la chirurgie, mais il n'a été régularisé qu'à la fin du dix-huitième siècle. Avant cette époque, on n'employait que des forces en quelque sorte brutales, agissant aveuglément et de la même manière dans tous les cas. Que le pied-bot fût varus ou valgus, que les pieds fussent déviés en dedans ou en dehors, cela ne changeait en rien le traitement. Sans s'inquiéter de la nature de la déviation, on appliquait un appareil toujours le même, qui avait pour but de ramener le pied dans la direction normale. Pendant longtemps, on se contenta d'une semelle fixée par des tours de bande; c'était l'appareil, très-insuffisant d'ailleurs, décrit par Hippocrate. Au seizième siècle, Ambroise Paré décrivit et fit représenter une machine plus efficace. C'était une sorte de moule en cuir bouilli, épais et solide, formant une bottine qui embrassait à la fois la jambe et le pied, et fendu en avant sur la ligne médiane. Cette *bottine* avait la forme d'un membre normal. On y introduisait le membre difforme; il suffisait pour cela d'écarter les deux lèvres de la fente, qui se rapprochaient aussitôt par l'élasticité du cuir, et qu'on fixait ensuite avec des courroies. Le membre, quelle que fût sa déviation, se trouvait

ainsi forcé de s'accommoder à la forme de la bottine, et de prendre par conséquent une direction convenable (A. Paré, liv. XXIII, chap. xi). En donnant au cuir une épaisseur suffisante, on pouvait donner à l'appareil une résistance supérieure à celle des ligaments et des muscles du membre malade, mais les articulations se trouvaient par cela même condamnées à une immobilité fort nuisible. Pour remédier à ces inconvénients, Fabrice de Hilden imagina un appareil *articulé*, qui constituait un progrès véritable. C'était un sabot rigide dans lequel on fixait solidement le pied, et qui s'articulait au niveau des malléoles avec deux larges tiges d'acier remontant le long de la jambe. Pour plus de solidité, deux tiges d'acier, continues avec les précédentes, et aussi larges qu'elles, s'articulaient avec elles sur les parties latérales du genou. Une courroie passée autour de la partie inférieure de la cuisse, deux courroies passées autour de la jambe fixaient cet appareil, de manière à l'empêcher de dévier latéralement, tandis que les charnières situées au niveau du genou et au niveau du cou-de-pied, permettaient aux articulations correspondantes d'exécuter des mouvements de flexion et d'extension dans le sens antéro-postérieur (Fabrice de Hilden, Obs. chirurg., cent. VI, obs. 89). Cet appareil fut modifié dans la suite, mais les changements qu'on lui fit subir ne méritent pas de nous arrêter. Nous signalerons cependant une application ingénieuse de l'appareil inamovible, faite en 1756, par Cheselden, au traitement du pied-bot. Ce chirurgien conseillait d'appliquer autour du pied un bandage imprégné de blanc d'œuf et de farine, et de tenir le pied redressé par un moyen quelconque, jusqu'à la dessiccation de l'appareil. Le lecteur n'ignore pas que les bandages inamovibles faits avec le blanc d'œuf avaient déjà été conseillés par Hippocrate, dans le traitement de certaines fractures, et que les Arabes avaient employé avec succès dans le même but d'autres substances solidifiables ; mais Cheselden fut le premier, à notre connaissance, qui appliqua les appareils inamovibles au traitement du pied-bot. Nous avons indiqué ce mode de traitement, parce que nous avons vu employer des bandages dextrinés dans le cas de pied-bot, par plusieurs chirurgiens modernes, qui ne paraissaient pas se douter que cette pratique était renouvelée de Cheselden. Mais nous devons dire tout de suite que ce traitement, comme ceux d'Ambroise Paré et de Fabrice de Hilden, comme ceux de Heister, de Burgrave, de Lentin et de plusieurs autres auteurs du dix-huitième siècle, avait le grand inconvénient d'exercer sur le pied une action brusque, aveugle et impossible à graduer.

Ce fut seulement à la fin du dix-huitième siècle qu'on imagina des appareils plus compliqués sans doute, mais mieux appropriés à la nature des indications qu'il fallait remplir. A cette époque, Tiphaine et Venel firent construire des machines qu'ils se gardèrent bien de faire connaître, et qu'ils exploitèrent de leur mieux. Nous ne pouvons savoir en quoi consistait la machine de Tiphaine ; il en serait peut-être de même de celle de Venel, si un jeune médecin, traité et guéri d'un pied-bot par cet orthopédiste, n'avait fourni quelques renseignements à la faveur desquels Brückner et Scarpa firent faire des appareils analogues au *sabot de Venel*. Nous pourrions ajouter des détails piquants sur l'histoire de ce sabot célèbre, mais cela nous écarterait de notre but. Venel paraît être le premier inventeur des *appareils à levier*. Le pied étant solidement attaché, à l'aide d'une talonnière et de deux courroies, sur une forte semelle en bois, on fixe sur l'un des bords de cette semelle l'extrémité inférieure d'une longue tige de fer qui remonte le long de la jambe, et qui vient se fixer au-dessous des condyles

du tibia, au moyen d'une large et solide courroie de cuir. C'est cette tige métallique qui constitue le *levier*. Elle doit être en fer battu et non en acier, afin de pouvoir se prêter aux diverses courbures qu'on est obligé de lui donner pendant le traitement. Un instrument particulier, en acier trempé, et désigné sous le nom de *griffe*, sert à donner au levier le degré de courbure nécessaire. S'il s'agit d'un pied-bot en dedans, c'est-à-dire d'un pied-bot varus, on place la tige métallique le long du bord interne du membre, et on lui donne une certaine courbure, dont on dirige la concavité en dehors; lorsqu'on vient à serrer les courroies, l'extrémité inférieure de la tige repousse le pied en dehors, et le ramène par conséquent à une direction plus convenable. Au bout de quelque temps, le pied est en partie redressé; alors on exagère au moyen de la griffe la courbure du levier, et en faisant ainsi peu à peu croître cette courbure, on finit par repousser le pied de plus en plus en dehors, jusqu'à ce qu'il soit ramené à la rectitude. Pour les pieds-bots valgus, c'est-à-dire pour les pieds-bots en dehors, on agit exactement de la même manière, avec cette seule différence que la tige se place sur le bord externe du membre. Cet appareil est très-difficile à manier, et il a de plus l'inconvénient capital de repousser le pied en masse, sans avoir égard aux déviations partielles des diverses articulations. Venel et ses successeurs en ont obtenu de bons résultats, mais ils n'ont pu y parvenir qu'à force de patience, et en soumettant le pied à des manipulations fréquentes. Quoi qu'il en soit, Venel a ouvert une voie heureuse en imaginant le levier. Nous avons dû faire connaître en abrégé sa machine, parce que tous les appareils modernes sont construits sur le même principe. Tous se composent, en effet, de deux parties principales, savoir : 1° une semelle en bois recouverte d'un brodequin ou d'une bottine; 2° un levier qui s'insère sur l'un des côtés de la semelle, au niveau du cou-de-pied, et qui va prendre sur le jarret un point d'appui qui lui permet d'agir sur le pied en le repoussant dans une direction déterminée. Parmi les chirurgiens qui ont fait construire des appareils sur ce principe, en y ajoutant d'utiles et ingénieuses modifications, nous nous plaisons à citer MM. Stromeyer, Bouvier, J. Guérin, Bonnet de Lyon, et nous y joindrons M. Ferdinand Martin, dont l'esprit inventif a rendu de si grands services à la mécanique des appareils orthopédiques.

Pour mieux faire apprécier les indications que doivent remplir les machines destinées à redresser les pieds-bots, nous rappellerons en quelques mots les principaux traits de cette affection. La déviation qui constitue le pied-bot n'est pas simple; elle est au contraire très-complexe. Jamais elle ne porte sur une articulation unique, mais elle atteint toujours plusieurs des nombreuses articulations qui sont groupées dans la région du tarse et du métatarse; et ce qui complique encore les indications, c'est que le plus souvent ces diverses déviations ont lieu à la fois dans plusieurs directions différentes. Ainsi dans le pied-bot *varus*, il y a : 1° *rotation en dedans*, c'est-à-dire que le pied a subi autour de son axe antéro-postérieur une torsion en dedans, par suite de laquelle son bord interne est élevé et son bord externe abaissé : cette première déviation a pour siége principal l'articulation médio-tarsienne, celle où l'on pratique l'amputation de Chopart; 2° *adduction* du pied, c'est-à-dire que la pointe des orteils est dirigée en dedans, vers la ligne médiane : cette deuxième déviation a pour siége principal l'articulation tarso-métatarsienne; et ce qui le prouve, c'est que l'extrémité postérieure du calcanéum ne se dirige pas en dehors, comme cela a lieu dans les mouvements ordinaires d'adduction du pied : au lieu de cela, on trouve même quelquefois que le talon est dévié en dedans, et que le

pied présente, au niveau des cunéiformes ou du scaphoïde, un angle rentrant très-prononcé, dont l'ouverture regarde vers la ligne médiane du corps; 3° enfin, les deux déviations précédentes, la rotation en dedans et l'adduction, s'accompagnent toujours d'un certain degré d'*extension du pied*, c'est à-dire que le calcanéum s'élève, et que le pied ne repose plus sur le sol que par sa partie antérieure, comme cela a lieu dans le pied-bot *équin*. Lorsque cette disposition est très prononcée, le varus prend le nom de *varus équin*; c'est même là la plus commune de toutes les variétés de pieds-bots.

Dans le *valgus*, qui est beaucoup plus rare que le varus, on observe des déviations inverses. Il y a toujours, en premier lieu, *rotation du pied en dehors*, c'est-à-dire que le bord externe est élevé et que le bord interne repose seul sur le sol. Souvent un certain degré de flexion vient s'y joindre, comme cela a lieu dans le pied-bot *talus*. Enfin, on observe quelquefois une *abduction* plus ou moins prononcée de la partie antérieure du pied.

Dans le pied-bot *équin*, le talon s'élève au-dessus du sol, la voûte du pied s'exagère, l'aponévrose plantaire se raccourcit, et le membre ne repose sur le sol que par son extrémité antérieure.

Cette déviation complexe se compose de deux éléments; il y a : 1° *extension* du pied sur la jambe; cette extension n'a point son siége principal dans l'articulation tibio-tarsienne, comme il est naturel de le croire au premier abord, mais bien dans l'articulation de l'astragale avec le reste du tarse; 2° *flexion* de la partie antérieure du pied sur sa partie postérieure, d'où résultent l'exagération de la courbure naturelle du dos du pied, et le raccourcissement de la région plantaire.

Dans le *talus*, enfin, le talon s'abaisse, l'avant-pied s'élève et abandonne le sol, la voûte du pied s'aplatit, et le pied se fléchit sur la jambe : cette flexion a encore pour siége principal les articulations placées au-dessous de l'astragale.

On voit que les déviations des divers pieds-bots sont complexes, et on comprend que les indications à remplir doivent être complexes aussi; ce n'est pas en agissant en masse sur le pied qu'on peut espérer de ramener le membre à une direction convenable. Il faut donc que l'appareil possède plusieurs articulations, et qu'il puisse se prêter à plusieurs mouvements, à l'aide de tiges articulées et de vis qui puissent permettre de graduer les pressions et de les répartir dans divers sens, suivant les cas particuliers. Or, les déviations du pied peuvent se diviser en trois groupes principaux : 1° celles qui se font dans le sens de la flexion ou de l'extension; 2° celles qui se font dans le sens de l'adduction ou de l'abduction; 3° enfin celles qui se font dans le sens de la rotation en dedans ou de la rotation en dehors. Les appareils du pied-bot doivent donc posséder trois articulations et trois mouvements, pour pouvoir agir simultanément ou isolément sur chacun des éléments de la déviation. Tous les appareils modernes réunissent ces trois conditions, et les remplissent à l'aide de mécanismes plus ou moins compliqués. Nous allons faire connaître l'appareil de M. Charrière, qui satisfait à toutes les indications, et qui a l'avantage d'être simple, léger, solide et facile à manier.

Mais avant de décrire la machine exposée par cet habile fabricant, il ne sera peut-être pas inutile de dire quelques mots sur la nature des obstacles qu'on doit surmonter dans le traitement du pied-bot. Ces obstacles sont de trois ordres; ce sont : 1° la résistance des ligaments; 2° la résistances de tendons, des muscles et des aponévroses; 3° enfin la déformation des surfaces articulaires.

On a attaché une grande et légitime importance à la résistance des tendons

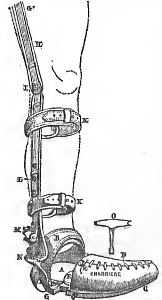
et des muscles. Certains pieds bot sont dus à l'action musculaire; le raccourcissement primitif et permanent des tendons et des muscles est alors la cause première de la déviation; mais la plupart des pieds-bots résultent de causes toutes différentes. Il semble peut-être qu'alors il ne soit pas nécessaire d'agir contre les résistances musculaires : qu'on se détrompe. Lorsque, par une cause quelconque, les leviers osseux subissent une déviation permanente, les muscles qui correspondent à la concavité de la déviation ne tardent pas à se raccourcir, par suite du rapprochement de leur point d'insertion, et ils forment sous la peau des cordes rigides qui, pour être consécutives, n'en opposent pas moins un obstacle très-puissant au redressement mécanique; cet obstacle est d'autant plus difficile à surmonter qu'il n'est pas purement passif, et que les tentatives de redressement irritent les muscles rétractés et provoquent des contractions énergiques. Dans les déviations peu anciennes et peu prononcées, l'application bien dirigée des appareils suffit souvent pour triompher de la résistance des tendons et des muscles; dans le cas contraire, on trouve dans la ténotomie sous-cutanée une ressource efficace et sans danger; on écarte ainsi l'un des obstacles qui s'opposent au redressement. Cette ténotomie est indiquée aussi bien dans les cas où la rétraction musculaire est consécutive que dans ceux, beaucoup plus rares d'ailleurs, où elle est primitive; mais ce n'est là qu'une opération *préliminaire*, qui a pour but seulement de favoriser l'action des appareils; elle fait disparaître une résistance, et laisse subsister les autres. Elle n'a aucune action sur la rétraction des ligaments, qui sont toujours raccourcis primitivement ou consécutivement du côté de la concavité de la déviation, ni sur la déformation des surfaces articulaires, déformation tantôt primitive, tantôt consécutive, et qui, peu prononcée au dehors, s'exagère de plus en plus à mesure que l'affection devient plus ancienne. Il faut avoir recours à un appareil pour rendre aux ligaments la longueur qu'ils ont perdue et aux surfaces articulaires une forme moins défectueuse. Mais on conçoit que ces résultats, le dernier surtout, ne puissent être obtenus qu'à la longue, par l'action permanente d'une machine. L'orthopédie seule peut donc guérir le pied-bot, la ténotomie ne fait qu'en favoriser l'action. Au contraire, la ténotomie seule n'a jamais et ne pourra jamais produire un bénéfice véritable.

Ceci dit sur les indications que réclame le traitement du pied-bot, nous allons décrire l'appareil exposé par M. Charrière. Cet appareil est surtout destiné au varus-équin, qui est de beaucoup le plus commun de tous les pieds-bots. Nous ferons voir ensuite que ce même appareil peut s'appliquer, avec des modifications légères, au traitement des autres pieds-bots.

Il se compose de deux parties : la *bottine* et le *levier*. L'élément fondamental de la bottine est une *semelle* en bois, solide et légère, qui se compose elle-même de deux parties, savoir : 1° une partie postérieure A, qui correspond au talon, et que supporte une forte courroie B, destinée à fixer l'appareil au niveau du cou-de-pied; 2° une partie antérieure C, qui correspond à l'avant-pied, et qui supporte une sorte d'empeigne fendue D, destinée à être lacée pour fixer l'appareil sur la face dorsale du métatarse et des orteils. Les deux parties de la semelle s'unissent en E, au moyen d'une espèce d'articulation, sur les mouvements de laquelle nous allons revenir.

Le levier est une tige d'acier verticale GG', composée de plusieurs pièces articulées. La pièce supérieure H, qui, à la rigueur, ne serait pas indispensable, s'applique le long de la cuisse; on l'y attache à l'aide d'une courroie circulaire. Elle donne à l'appareil une plus grande fixité, sans nuire aux mouvements du

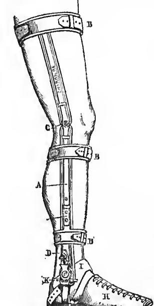
genou, grâce à l'articulation I, qui se prête aux mouvements de flexion et d'excension de la jambe. La partie jambière du levier s'étend depuis le genou jusqu'au bord interne de la semelle, sur laquelle elle va s'insérer en G. Deux courroies KK la fixent sur la jambe. Cette partie du levier doit avoir une longueur rigoureusement égale à la distance qui sépare le genou du talon ; or, cette longueur varie beaucoup d'individu à individu, et, de plus, elle peut varier sur le même individu pendant la durée du traitement, attendu que le jeu de la machine ne tarde pas à abaisser le talon dans le cas de varus équin. Il est donc nécessaire qu'on puisse allonger ou raccourcir à volonté la partie jambière du levier. Ce but est atteint à l'aide d'une sorte de coulisse L, qu'on fixe au poin voulu au moyen d'un mécanisme fort simple, et de trois vis de pression. Enfin l'extrémité inférieure du levier présente, à peu près au niveau des malléole s deux articulations M et N, dont l'une se prête aux mouvements de *flexion* et d'*extension*, l'autre aux mouvements qui correspondent à la *rotation* du pied en dedans ou en dehors, autour de son axe antéro-postérieur. La clef O, en agissan sur les vis M et N, permet d'imprimer au pied les deux ordres de mouvements Quant aux mouvements d'*adduction* et d'*abduction*, ils ont leur siége en E, à l'union des deux pièces de la semelle, et ils s'exécutent au moyen de la vis P.



Nous ne croyons pas nécessaire d'exposer le mécanisme de ces trois articulations; mais il y a un détail que nous no devons pas passer sous silence. On n'a pas oublié que l'appareil est destiné au varus-équin; or, on ne se propose pas d'immobiliser les articulations du pied après les avoir redressées; on veut seulement lutter contre la déviation, et rendre impossibles les mouvements qui pourraient la reproduire. Ainsi, on veut empêcher la rotation du pied en *dedans* : on oppose un obstacle à ce mouvement, mais on laisse le pied libre d'exécuter, sous l'influence des muscles ou sous l'influence de la pesanteur pendant la marche, des mouvements de rotation en *dehors*. De même on veut empêcher l'extension et l'adduction, tandis qu'on veut permettre au pied de se porter dans la flexion ou dans l'abduction. Il faut donc que l'appareil soit fixe et inflexible pour empêcher certains mouvements, mais qu'il se prête au contraire aux mouvements opposés. L'appareil de M. Charrière remplit très-bien cett indication, ainsi qu' on peut s'en assurer en jetant les yeux sur la figure.

Voici maintenant comment on applique cette machine. On commence par relâcher toutes les vis, et par accommoder le levier à la longueur de la jambe ; puis, on fixe le pied dans la bottine, et on attache le levier sur le côté interne du membre avec la courroie fémorale et les deux courroies jambières (Voy. fig. 2) ; alors on n'a plus qu'à faire agir les vis à l'aide de la clef. La vis supérieure D produit le mouvement de flexion ; on la serre jusqu'à ce que le talon com-

mencée à s'abaisser. De même on serre la seconde vis K, jusqu'à ce qu'on voie le pied exécuter un certain degré de rotation en dehors. Enfin, la troisième vis G est serrée à son tour jusqu'à ce qu'on voie la pointe du pied se porter un peu dans le sens de l'abduction. On ne doit pas chercher à ramener, dès le premier jour, le pied à sa direction normale; ce serait très-douloureux, et cela présenterait plusieurs autres inconvénients. C'est graduellement qu'on tourne peu à peu les différentes vis, en laissant chaque fois s'écouler quelque temps pour permettre au pied de s'accommoder à sa nouvelle situation; le traitement est donc nécessairement assez long. Pendant ce temps on permet au malade de marcher, d'exercer ses muscles, et les mouvements qu'il exécute ainsi, ne pouvant s'effectuer que dans un sens favorable, préparent les parties à l'action nouvelle que l'appareil exercera sur elles lorsqu'on viendra à serrer de nouveau les vis.



A, la tige jambière du levier.

C, articulation de cette tige avec la tige fermante.

BBB, les trois courroies du levier.

D, la vis supérieure produisant la flexion.

F, la semelle.

G, la vis inférieure produisant l'abduction du pied.

H, l'empeigne.

I, la courroie du cou-de-pied.

K, la vis moyenne produisant la rotation du pied en dehors.

Nous ne pourrions donner de plus amples détails sur le traitement du pied-bot sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Lorsqu'il s'agit d'un pied équin, on ne met en jeu que la vis qui produit la flexion; pour le pied talus, un léger changement devient nécessaire : il faut que le levier soit retourné de telle sorte que son bord antérieur devienne postérieur, et réciproquement. Pour le pied valgus, enfin, le levier doit être placé à la partie externe du membre. Nous n'en dirons pas davantage. Chacun pourra, d'après ce qui précède, deviner les modifications qui pourront devenir nécessaires dans les diverses espèces de pieds-bots. Nous avons dû insister seulement sur le pied varus équin, qui est incomparablement plus fréquent que tous les autres ensemble.

Programme d'un concours pour des emplois de chirurgien et de pharmacien sous-aides.

Un décret impérial, en date de ce jour, détermine que l'organisation du corps de santé de l'armée de terre sera complétée par la création de médecins et de pharmaciens sous-aides, appelés à devenir ultérieurement médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe, en passant par l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions du décret précité, un concours pour un

nombre indéterminé d'emplois de médecin et de pharmacien sous-aides sera ouvert à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes, le 27 août, présent mois.

Les conditions d'admission à ces emplois sont ainsi déterminées : 1° être né Français ; 2° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire; 3° n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-sept ans à l'époque de l'ouverture du concours; 4° avoir (pour les médecins) le diplôme de bachelier ès sciences et deux années d'études dans une Faculté de médecine ou une école secondaire; (pour les pharmaciens) le diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences, et deux années d'études dans une école préparatoire ou supérieure, ou le nombre correspondant d'années de stage dans une pharmacie (quatre); 5° avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

En conséquence des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° un certificat d'aptitude au service militaire, délivré par un médecin militaire du grade de major ou d'aide-major; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité ; 3° pour les médecins : le diplôme de bachelier ès sciences et les certificats d'examen de fin d'année, obtenus avec la note *satisfait* ; pour les pharmaciens : le diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences et les certificats d'études; 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué, en temps utile, aux épreuves du concours.

MATIÈRES SUR LESQUELLES PORTERONT LES EXAMENS. — *Candidats médecins.* — *Première épreuve.* — Composition écrite sur la physiologie et la pathologie générale élémentaire; exemple : *Fonctions de l'estomac* : Des signes fournis par la digestion. — *Fonctions de la peau* : Des signes fournis par l'examen de la peau. — *Fonctions des reins* : Des signes tirés de l'examen de l'urine. — *Fonctions du foie* : Des signes fournis par l'examen de cet organe. — *De la circulation* : Des hémorrhagies en général. (Trois heures pour traiter la question.) — *Deuxième épreuve. — Premier examen oral* : Interrogations variées sur toute l'anatomie descriptive. (Quinze minutes.) — *Troisième épreuve. — Deuxième examen oral* : Pathologie externe ; opérations chirurgicales élémentaires. — *En pathologie externe* : Définition et caractères des maladies et des lésions traumatiques les plus communes : *phlegmon, abcès, plaies, ulcères, fractures*, etc. *En opérations chirurgicales* ; *saignées, ventouses, incisions, moxas, moyens de réunion des plaies, cautères et cautérisations*, etc. Cette épreuve sera complétée par l'application de deux *bandages* et *appareils*. (Quinze minutes.)

CANDIDATS PHARMACIENS. — *Première épreuve.* — Composition écrite sur la chimie inorganique ; exemples : Caractères généraux des métaux, des sulfures métalliques, des oxydes métalliques, des sels métalliques, des métalloïdes ; des oxacides ; du soufre; de l'azote, air atmosphérique, eau, etc. (Trois heures pour traiter la question.) — *Deuxième épreuve. — Premier examen oral* : Interrogations sur l'histoire naturelle. Les questions seront puisées dans les généralités de cette science ; exemples : Caractères qui distinguent les corps organisés des corps inorganiques. Caractères qui séparent les végétaux des animaux Divisions établies entre les diverses parties du règne animal et leurs caractères. Divisions primordiales du règne végétal. Organes de la nutrition et de la reproduction des végétaux : *racines, tiges, feuilles, fleurs, fruits, semences* ; composition organique de ces différentes parties; modifications qu'elles présentent et qui les font diviser en plusieurs catégories. Déterminer cinq espèces médicinales. (Quinze

minutes.) — *Troisième épreuve.* — *Deuxième examen oral* : Interrogations sur la pharmacie; exemples : *Sucs végétaux, pulvérisation, distillation*, et principes de ces opérations. Cette épreuve sera complétée par la préparation de deux médicaments extemporanés; exemples : *Petit-lait, émulsions, potions, gargarismes, liniments, cataplasmes*, etc. (Quinze minutes.)

Classement. — Chaque jury local procède au classement des candidats qu'il a examinés, et le classement général a lieu à Paris par le jury formé dans cette ville et constitué en jury central. Le classement général aura pour base les chiffres d'appréciation obtenus par chacun des candidats. La solde attribuée à l'emploi de médecin ou de pharmacien sous-aide est celle ci-après indiquée :

Hors Paris, non compris l'indemnité de logement . . 1,500 fr.
Sur le pied de guerre. 1,800

Non compris les allocations de gratification d'entrée en campagne et prestations en nature, déterminées par les anciens tarifs pour le grade de chirurgien sous aide. Il est, en outre, alloué à chacun des candidats définitivement nommes à l'emploi de sous aide une première mise d'habillement et d'équipement fixée à la somme de 500 francs. Le ministre se réserve de les employer immédiatement, soit dans les hôpitaux de l'intérieur, soit aux hôpitaux et ambulances de l'armée d'Orient et de l'Algérie.

La Société de chirurgie rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante : *Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.* Le prix est de 400 fr. — Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856. — PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1857 : *Des plaies des os.* Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie ; néanmoins, la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants. — Ce prix est de 400 fr. — Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857. — PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1858 ; *Des paralysies traumatiques.* Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

La Société médico-psychologique, acceptant l'offre généreuse de son président, M. Ferrus, annonce qu'elle met au concours, pour l'année 1857, la question suivante : *Traité médico-psychologiste du crétinisme.* » Le prix est de 500 fr. Le mot *traité* ne doit pas être entendu dans sa signification rigoureuse et scolastique. Il s'agit, en quelque sorte, d'un mémoire médico-psychologique sur le crétinisme, c'est-à-dire d'un travail inédit dans lequel la question soit envisagée dans ses divers éléments et résolue au moins dans quelques-uns. Les concurrents pourront y traiter avec quelques développements la partie du sujet qu'ils auraient plus particulièrement étudiée, en ayant soin, toutefois, que l'ensemble y soit exposé avec méthode et concision, et que la place qui leur est due y soit donnée à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la prophylaxie. Les mémoires seront adressés suivant les formes académiques, au siége de la Société (Ecole de médecine) avant le 20 janvier 1857.

Une des questions mises au concours par l'Académie de médecine de Bruxelles, est ainsi conçue : « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations dans les maladies fébriles? » Statuant sur une demande d'explication, l'Académie décide qu'il faut entendre par *maladies fébriles* toutes les affections où il y a fièvre.

Le prix Esquirol, fondé par M. le docteur Mitivé, vient d'être décerné pour la troisième fois. C'est le docteur Legrand du Saule qui l'a obtenu.

MM. Courboulis, médecin aide-major au 1er régiment de voltigeurs de la garde ; Carmouche, médecin aide-major au 100e de ligne; Couget, médecin-major du 5e bataillon de chasseurs à pied; Mercier, médecin-major du 2e régiment du génie ; Laforgue et Lapeyre, médecins aides-majors du même régiment, sont nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Clinique de l'opium,

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Suite et fin (¹).

§ III. *Appareil respiratoire*.—Il est probable que l'élément primitif de l'inflammation est une irritation nerveuse, un spasme des petits vaisseaux d'où résultent l'accélération puis l'afflux du sang dans un point déterminé. Ce phénomène physiologique me paraît être un document précieux pour la pratique. Si, par exemple, nous possédions le moyen d'arrêter ce spasme, de modérer cette accélération, l'afflux serait prévenu. Cette induction me paraît justifiée par l'observation pure. Nous avons déjà fait remarquer qu'on pouvait enrayer le coryza, la diarrhée et d'autres affections encore, dès leur début, au moyen de l'opium. Nous avons fréquemment obtenu le même résultat pour la *bronchite*. Ici se produit un signe précieux qui nous annonce l'invasion du mal : c'est la toux résultant du moindre agacement de la muqueuse respiratoire. Or, dès qu'une bronchite s'annonce par la toux, on peut presque à coup sûr en arrêter le développement au moyen de l'opium. J'en fais l'expérience presque journalière dans mon intérieur, où le sirop de morphine est en permanence. Dès que quelqu'un de la famille sent poindre une irritation bronchique, il a recours à la fiole; maîtres et domestiques sont stylés à cette manœuvre, et les rhumes sont chose presque inconnue dans ma maison.

Il n'en est plus de même pour la bronchite confirmée, avec dyspnée, réaction, etc., l'opium est alors impuissant à la résoudre; et encore, lorsque les éléments toux et douleur sont très-prononcés, procure-t-il d'ordinaire un notable soulagement; mais, au déclin, lorsque la toux et la sécrétion muqueuse persistent isolées, l'opium hâte singulièrement la résolution et prévient le passage à l'état chronique.

Dans le *catarrhe chronique*, surtout avec *lésion organique* des poumons, si l'opium perd sa vertu curative, il conserve du moins ses effets palliatifs, et je connais une foule de gens affectés de catarrhe sec ou pituiteux, quinteux, suffocant, avec emphysème, tubercules peut-être, qui bénissent l'opium auquel ils doivent le repos, le sommeil, l'absence de douleurs et peut-être la vie; car on sait que les catarrhes à toux férine, avec bronchorrhée, compliqués d'hémop-

(¹) Voir le numéro du 15 août, p. 11.

tysie, etc., ruinent la constitution, amènent des complications et précipitent parfois les patients au tombeau. Alors, mieux que vingt autres moyens dont nous avons fait inutilement l'essai, l'opium enraye le mal et change une existence précaire et tourmentée en une vie plus assurée et désormais supportable.

Ici se présentent certaines objections classiques et spécieuses qu'il s'agit d'examiner. L'opium, dit-on, calme la toux, mais il ne résout pas l'inflammation. A cela nous pourrions répondre par les faits purs et simples; mais nous ferons remarquer, en théorie, que la toux et la fluxion constituent, en quelque sorte, un cercle vicieux : la fluxion produit la toux et la toux entretient la fluxion; ce que savent très-bien les catarrheux, dont la poitrine est plus endolorie, plus oppressée après une succession de quintes violentes et prolongées. Or, enlever un de ces deux éléments, c'est travailler efficacement à enlever l'autre. Supprimez la fluxion, la toux cessera sans doute, mais supprimez la toux, ce qui me paraît plus facile, l'opium aidant, et la fluxion perdra le stimulant qui s'opposait à sa résolution.

L'opium, ajoute-t-on, en stupéfiant le système musculaire et la contractilité de tissu, favorise la stase du mucus et s'oppose à l'expectoration. Nous répondons que cela n'est vrai que dans certaines conditions : chez les sujets épuisés, les jeunes enfants, les vieillards débiles ; alors ce sont les antimoniaux et surtout les vomitifs, qui sont indiqués; mais, dans les cas ordinaires, un léger narcotisme des bronches n'est pas une condition défavorable. Entre la toux et les mucosités bronchiques, existe la même solidarité qu'entre la fluxion et la toux : le mucus provoque la toux, et la toux active la sécrétion du mucus. Diminuez l'un de ces deux éléments, l'autre diminuera. En outre, il arrive souvent que la moindre parcelle de mucus provoque des quintes de toux d'autant plus pénibles qu'elles s'exercent à vide, si je puis dire. Dans ces cas, diminuez la toux, le mucus s'accumulera, il est vrai, mais sa sécrétion sera moins active, puis un instant viendra où la toux enfin sollicitée procurera une expectoration d'autant plus facile que les crachats seront mieux constitués. Tout ceci n'est pas de la simple théorie, mais bien de la vieille expérience, et je ne crains pas de proclamer l'opium un des meilleurs expectorants dans le catarrhe quinteux. Enfin, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, l'opium diminue toutes les sécrétions, excepté les sueurs (Murray). Il y a quelque chose à dire sur cet aphorisme, mais il est vrai en thèse générale : donc l'opium diminue la sécrétion du mucus, donc il convient même dans le catarrhe pituiteux. Enfin, il faut obvier au plus pressé, et si la toux, l'insomnie,

l'épuisement, l'hémoptysie de cause comme mécanique rendent l'existence intolérable et menacent de l'abréger, force est bien de parer à ces graves accidents, au risque de quelques inconvénients exagérés, sinon illusoires.

La *pleurésie* est une affection où l'opium trouve rarement son application dans la pratique ordinaire. Cependant si l'on songe que le début est souvent signalé par l'élément douleur (point de côté) et par une petite toux sèche, on aura deux raisons pour une d'y voir une indication rationnelle pour les sédatifs. Ce qui ne paraît être ici qu'une vue de l'esprit a reçu la sanction de l'expérience entre les mains d'un auteur que tout le monde cite et qu'on ne lit pas. Sarcône, dans son *Histoire des maladies de Naples*, parle d'une épidémie de pleurésie, avec point de côté très-douloureux, qu'il combattait avec succès par l'opium, observation qui m'a frappé, il y a quinze ans, et dont je comprends aujourd'hui toute la portée. L'indication n'en serait que plus légitime, s'il était démontré que la pleurodynie pleurétique n'est qu'une névralgie intercostale ou une névrite, comme le pensent quelques modernes. En outre, l'application de l'opium dès le début rentrerait dans notre principe d'attaquer les phlegmasies dans leur *germe nerveux*, pour ainsi dire. Bref, il y a là quelque chose à faire, et les observations de Sarcône ne doivent pas être perdues. Je manque d'expérience suffisante pour les confirmer.

A l'égard de la *pneumonie*, les indications sont moins flagrantes; mais j'ai souvenance d'avoir vu quelque part la médication par l'opium prescrite même comme médication générale. Nous possédons des remèdes assez efficaces pour nous dispenser de recourir à celui-là, si ce n'est comme palliatif, dans les cas de prédominance des éléments toux et douleur, circonstances où l'opium a rendu des services réels.

Déjà nous avons fait pressentir les avantages que l'on peut retirer de l'opium contre l'*hémoptysie*, ce qui est contraire aux idées courantes, lesquelles s'opposent à cette médication, toujours sous le prétexte spécieux que l'opium favorise les congestions sanguines. Cependant on conviendra que dans les cas où l'hémoptysie, non tuberculeuse, est le produit de secousses violentes imprimées par la toux, l'opium, à titre de calmant de la toux, est rationnel au premier chef; dans l'hémoptysie tuberculeuse elle-même, d'autres considérations se présentent qui militent encore en faveur de l'opium; et, d'abord, le tubercule est un stimulus, une épine qui peut déterminer l'afflux du sang et qu'il peut être avantageux d'*émousser* au moyen de l'opium; en second lieu, le sang est comme le mucus : il provoque

la toux, de même que la toux en active l'exhalation. Donc, mêmes considérations que pour le catarrhe pituiteux, où nous avons démontré, je crois, l'utilité de l'opium. Toujours est-il, qu'au point de vue de la simple expérience, nous avons constaté maintes fois l'innocuité d'abord, puis l'efficacité du traitement de l'hémoptysie par l'opium; et, aujourd'hui, nous préférons de beaucoup ce remède aux prétendus astringents (acides minéraux, acétate de plomb, etc.), que l'on administre sacramentellement, oubliant qu'à eux aussi la théorie adresse un grave reproche, celui d'exciter la toux. Je traite donc l'hémoptysie, tuberculeuse ou autre, par les saignées, au besoin par les adoucissants, les révulsifs, et spécialement par l'opium. J'en appelle sur ce point à l'expérience future des praticiens.

Quant à la *phthisie*, les effets palliatifs de l'opium sont si généralement reconnus et acceptés, que ce n'est que par exception qu'on voit des malades sevrés de ce baume consolateur. Combien de malheureux phthisiques dont nous avons assoupi les douleurs, calmé le désespoir et prolongé la vie au moyen de ce précieux sirop de morphine, dont quelques-uns prennent d'eux-mêmes des quantités fabuleuses, pour se procurer ce bien-être et ce sommeil réparateur qui leur apporte au moins l'oubli momentané de leurs souffrances et suspend le sentiment de leur fin prochaine!

Les *névroses* pulmonaires réclament comme les autres l'usage des sédatifs et de l'opium principalement, mais à dose suffisante, c'est-à-dire jusqu'à léger narcotisme. L'*asthme* dit nerveux, comme celui par emphysème, ne reconnaît pas, quoi qu'on en dise, de remède plus puissant en général. Il en est de même de la *coqueluche*, sauf les indications naissant de l'élément inflammatoire joint ici à l'élément nerveux. Je me trouve bien du mélange suivant, qui, sous une apparence polypharmaque, répond à plusieurs indications rationnelles: c'est une mixture de sirops d'acétate de morphine, de belladone et d'éther à parties égales, dont on donne une, deux ou trois cuillerées à café dans les vingt-quatre heures, surtout pendant la nuit.

§ IV. *Appareil circulatoire.* — Les maladies du cœur et des gros vaisseaux présentent assez rarement des symptômes qui sollicitent l'emploi de l'opium. Il n'est pas ordinaire que la *péricardite*, et surtout l'*endocardite* soient accompagnées de vives douleurs; le plus souvent, au contraire et malheureusement, elles s'établissent d'une manière insidieuse. Il en est de même des *lésions organiques*, valvulaires ou autres, qui, par leur nature, sont étrangères à cette médication. Il n'y a guère que les *palpitations* nerveuses ou symptomatiques qui pourraient rappeler l'indication de l'opium, et nous

croyons que, dans ces circonstances, le sédatif spécial du cœur, la digitale, fait trop oublier le sédatif général. Déjà nous avons vu Sydenham proclamer la puissance de l'opium dans les accidents hystériques dont les palpitations font partie. Quant à celles qui seraient liées à des douleurs névralgiques, à la *cardialgie*, l'indication serait plus directe encore. Mais le doute n'existe plus pour cette affection bizarre, énigmatique et si douloureuse, qui a reçu le nom d'*angine de poitrine*. De tous les remèdes essayés et même vantés dans cette cruelle maladie, aucun n'a révélé de puissance supérieure à celle de l'opium à dose narcotique, au moins comme palliatif, puisque le remède curatif est encore à trouver.

§ V. *Appareils sécréteurs.* — Déjà nous avons signalé l'utilité des collutoires opiacés dans l'irritation des *glandes salivaires* (salivation). Il sera spécialement question ici des glandes abdominales. Relativement au *foie* , il est des affections qui réclament impérieusement l'usage de l'opium : c'est d'abord la *colique hépatique calculeuse.* Lorsque la physionomie des symptômes, la succession des accès et surtout l'issue des calculs biliaires par les voies intestinales ont fixé l'opinion du praticien sur la nature des accidents actuels, on a recours à des moyens plus ou moins précaires, dont le plus renommé, qu'un célèbre professeur de Paris a tenté nouvellement de mettre en honneur, est le remède de Durande (mélange d'éther et de térébenthine) ; d'abord remède affreux, que les malades repoussent, puis remède illusoire, j'en suis convaincu. Je demande ce qu'on peut raisonnablement espérer de quelques grammes de cette drogue introduite dans l'estomac, diluée dans les matières intestinales, puis disséminée dans la masse du sang ? Combien en arrivera-t-il dans les conduits hépatiques, pour dissoudre des calculs ? Si ce remède agit parfois en réalité, c'est très-probablement par l'action sédative de l'éther, et rien de plus. Or, le sédatif par excellence est encore ici l'opium, l'opium à haute dose, qui calme les douleurs et donne aux calculs le temps de descendre, et qui peut-être favorise la dilatation passive des canaux. Toujours est-il que l'opium est jusqu'ici le remède qui nous a le mieux réussi dans les accès de colique hépatique calculeuse, sans préjudice de l'usage prolongé des alcalins, à titre d'altérants préventifs.

On admet une névrose essentielle du foie, l'*hépatalgie*, qu'il est souvent difficile de bien distinguer de la colique calculeuse ; maladie que nous croyons rare, mais dont nous avons observé, il y a quelques années, un cas bien tranché. Une femme de quarante-cinq ans, forte, pléthorique, encore réglée, est prise, sans cause connue,

de vives douleurs exacerbantes dans la région du foie, sans tuméfaction de la glande, avec légère teinte ictérique. Nous crûmes d'abord à une hépatite calculeuse, mais l'impuissance des antiphlogistiques vigoureux, locaux et généraux, des sédatifs à dose modérée, des laxatifs et surtout la prolongation des accidents pendant plusieurs semaines, avec dyspepsie, amaigrissement, sans fièvre, nous firent craindre une lésion organique permanente et progressive. Cependant, la violence des exacerbations nous fit revenir à l'usage des sédatifs, mais à forte dose, au moins à titre de palliatif. Une potion contenant 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans 60 gramm. de véhicule, administrée par cuillerées, de deux en deux heures, et renouvelée le lendemain, amena la sédation d'abord, puis un état de somnolence qui se prolongea pendant quelque temps. La douleur, qui avait cessé sans flux bilieux, sans défécation de calculs, ne se reproduisit plus, et depuis lors la guérison s'est maintenue.

Mêmes considérations pour les maladies des reins. Dans la néphrite ou *colique néphrétique calculeuse*, l'opium à haute dose est certainement le modificateur le plus efficace. Les alcalins et autres prétendus fondants ne s'appliquent rationnellement qu'au traitement de la diathèse graveleuse. Quant à la *néphralgie* ou névralgie rénale, l'indication de l'opium coule de source et n'admet point de médication rivale.

Quant aux autres lésions des glandes abdominales, soit chroniques, soit même aiguës, la prédominance de l'élément douleur implique toujours la médication opiacée, sans préjudice des autres médications. Ainsi, dans l'*hépatite superficielle* dite péritonéale, dans la *néphrite rhumatismale* ou fibreuse, affections où la sensibilité est plus ou moins exquise, l'opium trouve sa place, concurremment avec les antiphlogistiques et autres moyens indiqués.

Bien que le *diabète sucré* (glucosurie) tende à sortir aujourd'hui de la pathologie rénale, nous rappellerons ici que l'opium est certainement un des meilleurs moyens de modérer, de suspendre même une affection terrible, dont le remède positif est encore à trouver, même en tenant compte des alcalins.

Rappelons-nous les secours empruntés à l'opium dans le traitement des diverses affections de la vessie (*cystite chronique* ou *catarrhe vésical, dégénérescences, ulcérations, calculs urinaires*, etc.), notamment dans la *névralgie vésicale*, maladie peut-être plus commune qu'on ne le suppose ? Ce sont là des notions classiques et vulgaires.

Aux appareils sécréteurs, nous rattachons le péritoine. On sait que la *péritonite* est souvent accompagnée de vives douleurs, qui, si vous les dégagez de l'idée d'inflammation, qui vous détourne trop

absolument de l'idée d'employer l'opium, appellent naturellement la médication opiacée, à titre d'adjuvant, sinon comme moyen principal. Ce que nous avons dit plus haut de la puissance possible de l'opium au début des inflammations, ce que nous avons dit spécialement du traitement de la pleurésie, trouve ici son application, et peut-être plus naturellement dans ce cas que dans les autres. L'opium, en effet, calme la douleur, c'est-à-dire un des plus puissants promoteurs de l'inflammation, et de plus il modère le péristaltisme intestinal, et procure ainsi à l'organe un repos relatif favorable à la solution de la phlegmasie. Déjà nous avons vu que c'est ainsi que peuvent s'expliquer, en partie, les succès attribués à l'opium dans le traitement des perforations intestinales. On sait que Broussais considérait la vivacité de la douleur comme un signe spécial de la péritonite hémorrhagique. Quoi qu'il en soit et à quelque genre de péritonite qu'on ait affaire, modérer la douleur est rendre aux pauvres malades un service qu'on attend vainement des autres médications. Donc, en même temps qu'on associera l'opium aux cataplasmes, fomentations, onctions mercurielles, etc., on fera bien de l'administrer à l'intérieur, à dose suffisante.

Aux organes sécréteurs appartiennent aussi les *synoviales*, qui sont le siége présumé du *rhumatisme articulaire*. A titre d'inflammation ou même de fluxion spéciale, le rhumatisme paraît exclure *à priori* l'emploi de l'opium. Mais si l'on a égard à la vivacité des douleurs qui souvent l'accompagnent, on comprendra la rationnalité de ce remède, au moins comme palliatif. Mais il y a plus : la médication opiacée a été positivement instituée comme traitement direct et général. J'ai assisté, il y a vingt ans, aux expériences faites à l'Hôtel-Dieu par M. Piédagnel, et j'ai constaté de beaux résultats du narcotisme prolongé pendant plusieurs jours. Une pneumonie latente et mortelle, survenue chez un malade pendant le narcotisme, refroidit un peu l'expérimentateur. Il y a quelques années que Requin voulut ressusciter cette méthode, mais sans y réussir. Quoi qu'il en soit, il est démontré que l'opium peut guérir et guérit le rhumatisme articulaire aigu, et c'est à tort, je pense, qu'on n'admet que comme palliatif un moyen qui mérite une place éminente dans la classe si confuse et si controversée des remèdes antirhumatismaux. C'est surtout dans le rhumatisme dit nerveux ou sans fluxion apparente qu'il conviendrait de l'employer.

Si du rhumatisme nous passons à la *goutte*, nous retrouverons l'opium comme palliatif par excellence, dont une foule de martyrs de cette douloureuse affection recueillent et apprécient vivement les bien-

faits. L'opium figure comme ingrédient, avoué ou non, dans la plupart des préparations dites antigoutteuses.

Il suffit de rappeler les services rendus par l'opium dans le traitement des arthrites chroniques et autres altérations comprises sous le nom de *tumeurs blanches*, alors qu'il s'agit de calmer les douleurs et d'adoucir l'existence de malheureux voués à la mutilation, sinon à la mort.

§ VI. *Appareils génitaux.* — Malgré les éloges donnés récemment encore à certains remèdes prétendus merveilleux dans le traitement de l'*orchite*, il est toujours vrai de dire que lorsque le testicule enflammé est plus ou moins douloureux, l'opium, largement administré à l'extérieur et à l'intérieur, est peut-être le meilleur moyen de soulager le malade et probablement de hâter la guérison.

La médication opiacée est surtout applicable à la *névralgie spermatique* ou *iléo-scrotale*, et à toutes les lésions organiques douloureuses de la glande spermatique.

Le *satyriasis* et le *priapisme*, qui paraîtraient *à priori* réclamer l'emploi de l'opium, présentent pourtant une contre-indication tirée de la propriété que possède sensiblement ce remède d'occasionner des érections. Mais cet effet résulte spécialement des faibles doses, et il reste des expériences à faire sur les avantages que procureraient probablement les doses narcotiques.

Ce que je viens de dire fait supposer qu'on pourrait obtenir des résultats avantageux des opiacés à faible dose, dans le traitement de l'*anaphrodisie* ou de l'*impuissance*, qui coïncident avec une certaine irritabilité nerveuse, ou qui accompagnent certaines affections douloureuses contre lesquelles l'opium agirait comme sédatif, en même temps qu'il favoriserait l'érectilité. Ce sont là des vues anticipées qui méritent vérification et à l'appui desquelles nous possédons bien quelques éléments, mais trop incomplets pour autoriser des préceptes absolus.

Les affections de l'appareil génital de la femme comportent assez fréquemment l'emploi de l'opium. Dans les cas de *menstruation douloureuse*, soit aux approches de l'époque, soit pendant les premiers temps de l'écoulement, et qui sont si fréquents chez les femmes nerveuses et chlorotiques, les auteurs prescrivent certains remèdes dont aucun ne vaut les quarts de lavements avec 15 ou 20 gouttes de laudanum, à répéter selon l'occurrence. Dans les *accouchements douloureux*, dans les *convulsions puerpérales* (éclampsie), surtout chez les femmes délicates, irritables, nerveuses, l'opium, hardiment

administré, peut rendre des services qui ne sont pas suffisamment appréciés aujourd'hui.

Dans les *irritations*, les *inflammations*, les *engorgements* aigus ou chroniques du vagin, du col et du corps de l'utérus, les injections à la fois émollientes et narcotiques sont indiquées. L'opium en injections, en lavement et à l'intérieur est souvent l'unique moyen de calmer les douleurs qui tourmentent les malheureuses femmes affectées de *cancer utérin*. Enfin, il est une névralgie dont le siége présumé est l'utérus (*hystéralgie*), ou peut-être l'ovaire (*ovaralgie*), et dont l'opium à haute dose, comme chez les hystériques, où cette affection est assez fréquente, tempère plus sûrement la douleur et le spasme que le musc, le camphre, l'assa-fétida et autres agents réputés efficaces.

§ VII. *Intoxications et cachexies.* — Déjà nous avons parlé de l'efficacité de l'opium dans les affections saturnines, où la douleur est l'élément capital. Ce remède procure des avantages semblables dans la colique de cuivre et dans tous les *empoisonnements* métalliques ou autres qui déterminent de la douleur, du spasme, des convulsions, du délire, des déjections alvines, etc., sans préjudice des moyens indiqués par la nature du poison (antidotes), par l'inflammation concomitante, par l'hyposthénisation, etc.

L'opium a pris place parmi les nombreux remèdes préconisés contre les *fièvres intermittentes*. On connaît la potion stibio-opiacée de Peysson ; mais l'opium seul nous paraît spécialement indiqué pour les frissons, le spasme et autres phénomènes nerveux du premier stade, alors qu'ils se prolongent et que, par leur intensité, ils constituent quelqu'une des variétés de la *fièvre pernicieuse* ; de même que les formes algide, convulsive, délirante, les formes cholérique et dyssentérique comportent, et plus impérieusement encore, l'emploi de l'opium, toujours sans préjudice du remède radical, le sulfate de quinine.

Dans toutes les formes de la *syphilis* se rencontrent des cas où l'élément douleur réclame directement l'application du sédatif par excellence, qu'il s'agisse de blennorrhagie, de chancres, de bubons, de syphilides, etc. L'opium est l'unique moyen de soulagement, peut-être, pour les douleurs ostéocopes.

Il en est de même des *scrofules*, dont les diverses manifestations sont souvent douloureuses, qu'il s'agisse d'ulcérations cutanées, d'ophthalmie, d'engorgement glandulaire, de lésions osseuses, etc.

Chemin faisant, nous avons signalé les précieux services que peut rendre l'opium dans le traitement, au moins palliatif, des affections

tuberculeuses, cancéreuses et autres lésions dites organiques et cachectiques.

Cette longue exhibition des cas principaux qui réclament l'emploi de l'opium justifie le caractère d'universalité que Sydenham attribue à ce remède, et nous pensons comme lui, que quiconque saura l'appliquer avec hardiesse et sagacité enfantera des prodiges. C'est ici le cas de rappeler cette remarque de Gaubius, qui prétend qu'en fait de remèdes les praticiens pèchent plus souvent par défaut que par excès, par timidité que par témérité. Souvent on accuse un médicament d'impuissance parce qu'on a manqué de décision dans l'élévation des doses et de persévérance dans la continuation du moyen.

Mais je tiens essentiellement à ne pas commettre les fautes où tombent la plupart des panégyristes, qui, dans leur ardente prédilection pour leur agent favori, dissimulent ses insuccès, ses inconvénients et ses dangers. Si bien que le candide praticien, privé d'avertissements et déçu dans ses espérances, prend en suspicion et souvent en mépris le remède et même l'auteur qui ont surpris et trompé sa confiance.

Comme les remèdes les plus héroïques, comme le quinquina et le mercure, l'opium rencontre des organisations et des affections réfractaires, chez lesquelles non-seulement il échoue, mais encore où il produit des effets fâcheux, en dépit de la netteté des indications. Cependant il est bon de ne pas céder trop tôt aux apparences. La plupart des gens du monde redoutent l'opium, qu'ils savent être un poison et dont ils ont entendu raconter des effets effrayants : cette préoccupation suffit pour altérer la vertu du remède. Je donne des soins à une vieille demoiselle très-impressionnable, très-méticuleuse, pour une bronchite quinteuse contre laquelle j'avais prescrit une cuillerée à café de sirop de morphine. La malade m'avait prévenu que la morphine lui causait des troubles extraordinaires. En effet, la dose du soir fut suivie d'une nuit d'insommie, d'agitation, d'anxiété, etc., mais la toux avait disparu. Le lendemain soir, je prescrivis d'administrer la même dose, à l'insu de la malade, en la mêlant à sa tisane. La nuit suivante fut entièrement occupée par un sommeil calme et réparateur, dont la malade ne pouvait trop se féliciter. Tel est l'empire de l'imagination. On peut dissimuler l'opium sous le nom d'*extrait thébaïque*, le laudanum sous celui de *teinture thébaïque*, et les sels de morphine sous les noms d'*acétate* ou de *chlorhydrate thébaïque*, désignations connues des pharmaciens et dont on peut les prévenir.

D'autres fois, c'est à la dose qu'il faut s'en prendre; l'embarras

est de savoir si l'on en a donné trop ou trop peu. Voici le résultat de mes observations sur le sirop de morphine, mon remède favori. Celui que je prescris contient un demi-grain (25 milligrammes) d'acétate de morphine, par once (32 grammes) de sirop, soit un seizième de grain environ par cuillerée à café. Je suppose une bronchite : une cuillerée à café de sirop, prise le soir, suffit d'ordinaire à calmer la toux et à procurer le sommeil; deux cuillerées calment la toux, mais causent l'insomnie; une cuillerée à bouche calme la toux, cause l'insomnie, plus, de l'agitation, de la chaleur et un état comme fébrile. Au delà de cette dose arrivent des accidents toxiques, le narcotisme, qu'il est souvent utile de provoquer, et qu'on obtient sans danger, en répétant prudemment des doses modérées. Or, lorsque avec la sédation existent l'insommie, l'agitation, la chaleur, on croit ordinairement que la dose est trop faible pour produire le sommeil, tandis que c'est le contraire. Je traitais d'un rhumatisme aigu, douloureux, un homme de tempérament nerveux : une cuillerée à café tempérait la douleur, mais occasionnait une agitation pénible; instruit par l'expérience, je m'avisai de réduire la dose à une demi-cuillerée, et le calme fut obtenu.

Il faut aussi faire la part de la violence du mal, qui résiste à l'opium comme à tous les autres moyens.

Néanmoins, il est des antipathies absolues qu'il faut bien reconnaître et accepter.

Lors même qu'il produit des effets salutaires, l'opium entraîne ordinairement certains inconvénients dont il faut être prévenu. Quelquefois il supprime l'appétit, occasionne même des indigestions. Cet effet est accidentel et cesse après quelques jours de l'usage du remède. On le préviendra presque toujours en donnant le remède le soir, plusieurs heures après le dernier repas et longtemps avant le repas suivant, sauf les cas de digestion douloureuse (gastralgie), où nous avons vu qu'on peut le donner pendant l'acte même de la digestion.

Presque toujours l'opium cause la constipation. J'ai vu avec surprise la négation de ce fait dans une publication récente. Au bout de quelques jours, la constipation, entretenue par la répétition du remède, est suivie d'une *débâcle*, c'est-à-dire de diarrhée avec coliques, ténesme, etc. Pour prévenir cet accident fâcheux, il suffit d'administrer de deux jours l'un un lavement pour vider l'intestin, ou de suspendre l'emploi de l'opium pendant deux ou trois jours. La constipation est ordinairement accompagnée de petites coliques venteuses, qui se résolvent en émissions de gaz plus ou moins fréquentes.

L'opium, même à dose légère, produit une tendance au sommeil pendant le jour, lorsque le malade garde le repos absolu, ou se livre à la lecture. Cette tendance est insensible lorsqu'on se donne des distractions, lorsqu'on prend des notes en lisant, etc.

Tels sont les seuls inconvénients que nous ayons reconnus à l'opium à dose modérée, dans les cas ordinaires. Il s'agit ici de la morphine à dose quotidienne, d'un seizième à un huitième de grain. Dix à vingt gouttes de laudanum, un demi-grain à un grain d'extrait d'opium sont les doses corrélatives.

Quant à cet état de consomption qu'on appréhende, sans doute par analogie avec ce qui arrive aux *fumeurs* d'opium, cette crainte est tout à fait illusoire. Nous avons connu des *mangeurs* d'opium, nous connaissons des valétudinaires qui, depuis cinq ou dix ans, prennent presque journellement leur dose d'opium ou de morphine, et qui n'en sont pas plus maigres, bien au contraire.

On dit aussi, toujours d'après ce qui arrive aux fumeurs, ou même par induction physiologique tirée de la soi-disant congestion cérébrale, on dit que l'usage prolongé de l'opium altère les facultés intellectuelles, produit l'apathie morale, l'imbécillité. Ce n'est pas ce qu'observent les praticiens qui ont vu les mangeurs d'opium et les valétudinaires dont je viens de parler. Je connais des gens qui prennent de l'opium depuis des années et qui sont restés doués de vivacité, d'esprit et même de génie.

Voilà pour les effets physiologiques de l'opium ; quant aux effets thérapeutiques, pourquoi manquent-ils quelquefois ? D'abord, parce qu'il n'est point de remèdes infaillibles ; parce que les cas les plus semblables en apparence recèlent souvent des éléments occultes ; parce que les cas où l'opium échoue sont probablement ceux où d'autres moyens ne réussiraient pas mieux : ce qui n'empêche pas alors d'essayer de ceux-ci, car l'efficacité des remèdes n'est pas toujours en rapport avec leur puissance effective et relative. La question est de savoir celui qui offre le plus de chances de succès, c'est-à-dire celui qui réussit le plus souvent dans les cas de même espèce. Nous ne dirons pas que l'exception confirme la règle, mais qu'elle la prouve en la faisant ressortir.

Disons en terminant que l'opium a rencontré d'heureux rivaux dans l'éther et le chloroforme; mais il est des indications que ceux-ci ne sauraient remplir, et réciproquement. Puis les dangers inhérents à la méthode anesthésique tendent beaucoup à en restreindre l'usage.

Nous aurions pu donner à ce travail des proportions illimitées,

surtout en mettant à contribution les nombreux travaux, les ouvrages volumineux publiés sur la matière. Mais indépendamment des limites imposées par le recueil auquel nous le destinons, notre intention, je le répète, a été de traduire simplement les résultats sommaires de ma pratique et mes opinions personnelles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur un cas de kyste hydatique intra-thoracique, guéri par la ponction suivie d'une injection iodée.

Le titre de l'observation que M. le docteur Vigla a lue ces jours derniers à l'Académie de médecine, le succès nouveau que la méthode de la ponction, suivie d'injection iodée, a compté entre ses mains, rendent bien compte de la faveur marquée avec laquelle cette communication a été accueillie par la docte assemblée et par les principaux organes de la presse médicale. Heureux d'associer nos éloges à ceux dont cette observation a déjà été l'objet, sous le rapport de la manière dont notre savant confrère a suivi et su remplir les indications thérapeutiques qui se présentaient dans ce cas intéressant, qu'il nous soit permis cependant de faire quelques réserves, au point de vue de la pathologie. Il n'entre pas dans nos habitudes de discuter des questions de pathologie pure, mais lorsque de la solution de pareilles questions peut sortir une conséquence thérapeutique, lorsque le côté pathologique d'un fait peut conduire à considérer comme parfaitement jugé en thérapeutique un point auquel ce fait ne s'applique pas d'une manière certaine, il nous est impossible de garder le silence.

Le fait observé par M. Vigla soulève deux graves questions de pathologie : la première, et la plus importante, relative à la nature de la maladie ; la deuxième relative au siége précis de l'affection. La première question a été résolue d'une manière très-précise par notre savant confrère, avec les éléments qui existent déjà dans la science, mais qu'il a su appliquer avec bonheur au fait en présence duquel il se trouvait placé. La seconde n'a malheureusement pas été abordée par lui, probablement parce que la chose lui paraissait de toute évidence ; cette question valait cependant bien la peine d'être abordée, et puisque M. Vigla se propose de faire de cette observation l'objet d'un mémoire plus étendu, nous allons lui présenter les objections qui nous empêchent de conclure avec lui que le kyste hydatique qu'il a guéri eût son siége dans la poitrine.

Sur quoi, en effet, M. Vigla s'est-il appuyé, sinon explicitement,

au moins implicitement, pour admettre qu'il avait affaire à un kyste intra-thoracique? Probablement sur l'existence de la dyspnée, mais surtout sur les signes fournis par l'inspection, par la percussion et par l'auscultation, à savoir le développement considérable du côté droit de la poitrine, avec voussure très-prononcée et écartement des espaces intercostaux, de la matité, à partir du deuxième espace intercostal en avant, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate en arrière, empiétant sur le côté gauche de la poitrine, avec refoulement du cœur sous l'aisselle gauche. Ces signes étaient-ils suffisants pour faire admettre l'existence d'un kyste intra-thoracique, et ne pourraient-ils pas s'appliquer à un kyste hydatique de la face convexe du foie? Nous répondrons par l'affirmative; mais l'observation de M. Vigla nous fournit, dans les détails si bien recueillis par ce médecin, des raisons bien plus fortes encore de croire à la présence d'un kyste hydatique. Si le kyste hydatique avait son siége dans la poitrine, comment le malade n'a-t-il jamais présenté ni toux ni expectoration? comment surtout la voussure n'existait-elle qu'en avant? comment encore la matité existait-elle en avant, à partir de la deuxième côte, et en arrière, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate? seulement, comment descendait-elle jusqu'à l'ombilic? comment enfin la respiration était-elle abolie en avant, tandis qu'on l'entendait en arrière presque jusqu'en bas? Cette dernière circonstance est tout à fait en désaccord avec l'existence d'un kyste intra-thoracique, qui se fût développé certainement dans tous les sens, refoulant et affaissant le poumon qui ne pouvait lui résister au lieu de refouler le médiastin et de repousser le cœur vers l'aisselle gauche? Tout s'explique, au contraire, dans l'hypothèse d'un kyste hydatique de la face convexe du foie, situé en avant et un peu à gauche, qui s'est développé de bas en haut et de droite à gauche, en repoussant le diaphragme, une partie du poumon et le cœur.

Ainsi dégagé de ce qu'il avait d'extraordinaire et presque de surnaturel, le fait de M. Vigla n'en reste pas moins très-intéressant, comme exemple du développement énorme que peuvent acquérir les kystes hydatiques du foie, des difficultés que leur diagnostic peut présenter, et aussi des heureux résultats de la ponction et des injections iodées. Nous laisserons maintenant la parole à notre savant confrère.

Obs. Il y a près de deux ans que l'homme qui fait l'objet de cette communication entra à la maison de santé (20 novembre 1853). C'était la première maladie sérieuse dont il fût atteint, quoique naturellement d'une apparence pâle et chétive. Quinze mois avant d'être soumis à mon observation, cet homme, qui est conducteur de bestiaux, fut terrassé par un taureau, qui lui porta un violent coup

de pied sur le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, douleur dans le côté de la poitrine, dyspnée habituelle, qui, dix mois plus tard, le force de renoncer à ses occupations. D'ailleurs, peu ou point de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, pas de fièvre. Le malade ne peut même pas affirmer que, pendant ce temps, la maigreur et la pâleur qui lui sont, en quelque sorte naturelles, aient augmenté.

J'expose maintenant, aussi succinctement que possible, les données fournies par un examen de plusieurs jours lors de l'arrivée du malade.

Douleur assez intense, assez circonscrite au-dessous du sein droit ; oppression constante, extrême après les moindres efforts faits par le malade en marchant, en parlant ou seulement en voulant exagérer sa respiration. Demi-décubitus habituel sur le dos, quelquefois sur le côté droit, impossible sur le côté gauche; voix faible, altérée dans son timbre.

La forme de la poitrine présente quelque chose de très-insolite. En avant, on trouve un développement considérable du côté droit, avec voussure très-prononcée, écartement des espaces intercostaux et dilatation des veines sous-cutanées; en arrière, c'est l'inverse qui a lieu, le côté droit paraissant avoir l'aspect normal, le gauche offrant une saillie assez prononcée; la direction du sternum n'a pas sensiblement changé ; la colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens.

Par la mensuration comparée des deux côtés de la poitrine, nous avons trouvé de 2 à 4 centimètres de différence, suivant que nous mesurions plus haut ou plus bas, en faveur du côté droit.

Les éléments fournis par la percussion ont été de la plus haute importance pour le diagnostic, et une certaine attention me paraît nécessaire pour en saisir la valeur, quelque soin que j'aie apporté à leur description.

En avant. Son mat dans toute la largeur et la hauteur du côté droit de la poitrine, à partir du second espace intercostal; son mat dans l'hypocondre et le flanc du même côté, jusqu'au niveau de l'ombilic ; son mat dans toutes les parties latérales correspondantes; et que l'on remarque bien ceci : des deux points que je viens de signaler comme limites de la matité en haut et en bas, celle-ci se prolonge obliquement du côté gauche de la poitrine vers l'aisselle, de manière à dessiner assez exactement une sorte de cône, ou, si l'on veut une autre comparaison, les deux lignes qui circonscrivent la matité dans le côté gauche se dirigent vers l'aisselle comme les deux courbures de l'estomac de la grosse tubérosité vers le pylore.

En arrière. La matité occupe aussi tout le côté droit, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un prolongement analogue à celui que j'ai signalé en avant, mais moins étendu en hauteur, et limité à son extrémité entre la septième et la neuvième côte.

D'autre part, on trouve un son normal.

1° *En avant.* Dans le premier espace intercostal droit et gauche; dans la partie inférieure gauche.

2° *Latéralement.* Dans tout le côté gauche.

En arrière. Dans presque tout le côté gauche, dans la partie supérieure droite depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Auscultation. — *En avant.* Soit à droite, soit à gauche, on n'entend le murmure vésiculaire que sous la clavicule, encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilants. Partout où il y a de la matité, il y a aussi absence de tout bruit respiratoire. Si l'on fait parler le malade, la main appliquée sur les mêmes

points ne perçoit aucune vibration, et l'oreille ne distingue aucune résonnance.

En arrière. Bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche et dans les trois quarts supérieurs du côté droit; de ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire semblable à celui que l'on entend dans certains épanchements de la plèvre; absence de souffle et d'ægophonie; absence de tout bruit et de toute vibration dans le quart inférieur droit.

Les bruits du *cœur* ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale et seulement dans une très-petite étendue.

Ce fait établit mieux que la percussion le refoulement de cet organe à l'extrémité gauche de la poitrine, et à un point de cette région plus élevé que cela n'a lieu d'ordinaire.

Aucun bruit de souffle dans la direction de l'*aorte*. La palpation attentive des espaces intercostaux, de la partie antérieure droite de la poitrine, donne aux doigts une sensation qui approche beaucoup de celle de la fluctuation.

En présence de phénomènes extraordinaires, après plusieurs explorations et plusieurs jours de méditation, je m'arrêtai à l'idée de l'existence possible d'un kyste hydatique du poumon, développé dans l'intérieur du thorax.

Voici les raisons sur lesquelles je me fondai :

Aucune lésion du parenchyme pulmonaire ne me paraissait capable de produire une semblable déformation de la poitrine. Il fallait, pour effectuer une dilatation partielle aussi considérable, le développement d'un produit morbide, liquide ou solide, susceptible à la fois d'acquérir un volume énorme et d'exercer sur les os une pression énergique. Le cancer parmi les produits solides, un kyste hydatique parmi les produits liquides me paraissaient seuls réunir de semblables conditions. Il semblait plus rationnel, au premier abord, de chercher dans un épanchement pleural, dans un hydrothorax chronique enkysté, l'explication de tous ces désordres; mais cette idée ne pouvait tenir contre une distribution aussi inégale, aussi irrégulière du produit respectant le premier espace intercostal droit, les trois quarts postérieurs et supérieurs de ce côté de la poitrine, et envahissant une grande partie du côté gauche refoulant le diaphragme jusqu'au niveau de l'ombilic.

Non, une semblable disposition ne me paraissait devoir se concilier qu'avec le développement d'un produit morbide organisé, ayant une existence en quelque sorte indépendante, refoulant ou s'assimilant tous les tissus qu'il trouvait dans son voisinage. En un mot, je ne pouvais m'arrêter à l'idée d'une maladie du parenchyme pulmonaire de la plèvre ou du tissu cellulaire environnant, sans l'intervention d'un tissu de nouvelle formation, sans un élément hétérologue. Celui-ci une fois admis, je ne me préoccupais pas qu'il eût son

siége, son point de départ dans le poumon ou dans la plèvre; la chose pouvait se faire dans l'un comme dans l'autre.

La question ainsi restreinte, il me fallait opter entre une tumeur solide et une tumeur formée par un liquide. Avant tout, j'avais d'abord éliminé celle qui aurait eu pour origine un anévrysme de l'aorte ou de l'une de ses branches; il me suffit de rappeler que les caractères bien connus de cette lésion manquaient. Je ne voyais guère de probable, parmi les tumeurs solides, que le cancer; or, dans un fait de ce genre longtemps soumis à mon observation, dans le service de mon savant maître, M. Rayer, j'avais été frappé de la transmission exagérée de tous les bruits respiratoires et cardiaques, circonstance parfaitement en rapport avec les conditions physiques de transmissibilité par un corps solide; et ici, ce qui me frappait, c'était précisément l'absence de tout bruit dans une étendue très-considérable. Et puis, un cancer aussi étendu n'aurait-il pas été accompagné de cachexie? Or, ce qui était digne de remarque chez mon malade, c'était précisément le caractère tout local, en quelque sorte mécanique, des altérations fonctionnelles. D'ailleurs, n'avais-je pas perçu une sensation assez probable de fluctuation? Un kyste hydatique me paraissait bien mieux approprié aux symptômes, et c'est pour cela que, avec toute la réserve commandée par la rareté du fait, je m'arrêtai à ce dernier diagnostic, ou, si l'on veut, à cette présomption.

J'exposai donc mes impressions à mon collègue M. Monod, et le priai de faire une ponction exploratrice qui ne pouvait, même en dehors des conditions prévues, avoir de graves inconvénients. Elle fut donc pratiquée le 9 décembre 1853; on donna issue à un liquide transparent comme l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, qui ne perdit rien de sa transparence par son mélange avec l'acide nitrique, non plus que par l'action de la chaleur. On introduisit alors une canule de Reybard, et on tira 2,450 grammes d'un liquide semblable au premier, et dont les dernières portions entraînèrent des débris de membranes transparentes comme celles de l'œuf, et qui, ultérieurement soumises à l'examen de M. Robin, juge si compétent, furent reconnues par lui de nature hydatique.

Le malade supporta cette opération sans fatigues, sans accidents. Ce fut alors que M. Monod eut la très-heureuse idée d'injecter une solution composée comme il suit :

Eau distillée.	450 grammes.
Alcool.	150 —
Iode.	15 —
Iodure de potassium.	15 —

La moitié environ du liquide injecté fut extraite quelques minutes après, puis la canule fut retirée; un morceau de diachylon fut appliqué sur la piqûre et maintenu par un bandage de corps.

Au moment où le malade subit l'opération, la dyspnée avait atteint un degré voisin de la suffocation; l'amaigrissement était considérable, l'anémie très-prononcée; le malade venait de subir une influence cholérique dont il ne se relevait que difficilement; mais nous avions pour nous une circonstance favorable, l'absence de fièvre hectique. Une première période nous paraît devoir être établie du jour de l'opération au 24 ou 25 décembre, comprenant environ quinze jours, pendant lesquels les choses se passèrent d'une manière satisfaisante. Le volume du kyste diminua progressivement, les organes se rapprochèrent de plus en plus de leur position normale, la respiration redevint libre au delà de ce que nous pouvions espérer, le bien-être fut immédiat, la réaction modérée, et le pouls diminua de fréquence d'une manière soutenue. Une pleurésie légère, enrayée heureusement par l'application d'un large vésicatoire, ne ralentit pas sensiblement la marche rétrograde de la maladie. Une seule circonstance vint vraiment contrarier cette ère prospère, c'était la susceptibilité des voies digestives, qui ne nous permit pas d'alimenter le malade autant que nous l'eussions voulu; somme toute, néanmoins, tout alla bien. Dans une seconde période, qui commence aux derniers jours de décembre et se continue jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 15 janvier 1854, nous sommes délivrés de la préoccupation de la première à l'endroit des fonctions digestives, et le malade peut être alimenté modérément. Mais l'apparition d'un mouvement fébrile, d'une petite toux avec expectoration muqueuse, une augmentation dans l'étendue de la matité, nous font craindre la suppuration du kyste ou la formation de tubercules. Néanmoins, les renseignements fournis par l'auscultation n'ont rien d'inquiétant au dernier point de vue, et la suppuration du kyste ne serait pas sans remède.

C'est au milieu de cette incertitude que le malade est obligé de quitter la maison de santé, et nous avons l'espoir que les conditions hygiéniques assez favorables qu'il va trouver chez une de ses parentes habitant les environs de Paris, pourront contribuer plus efficacement à la guérison que les moyens employés par nous dans un milieu qui nous a toujours paru peu convenable à son état.

Nous pouvons faire dater de ce moment une troisième période dans laquelle nos espérances se sont réalisées de la manière la plus complète. N... est venu nous voir quelques semaines après sa sortie,

et sa transformation était déjà accomplie au point de vue de l'état général. Nous l'avons revu plus d'un an plus tard, le 3 décembre 1854, et sa guérison locale, comme nous l'avons établi par un examen minutieux, pouvait être considérée comme définitive.

J'ai pu savoir que la santé de cet homme n'avait pas cessé d'être bonne.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Par M. le docteur Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

Lors de la découverte des propriétés fébrifuges du quinquina, l'expérience eut bientôt constaté l'infaillibilité de l'écorce du Pérou dans le traitement des fièvres intermittentes, et l'usage s'établit également, d'une manière aussi prompte et aussi générale, de donner cette substance sous la forme de poudre. Le Code de la thérapeutique des fièvres d'accès se bornait alors à ces deux articles passés à l'état de loi : le quinquina est le spécifique de la fièvre intermittente; son mode d'administration est la forme de poudre.

Comment se fait-il, qu'après des commencements si bien arrêtés, qu'après une pratique si fixe et si simple, l'administration du quinquina soit devenue un véritable chaos dans lequel il ne se trouve plus de principes pour point de départ, ni de règles pour guides, et dans lequel tout est livré à la fantaisie, à l'empirisme et à l'arbitraire ? Comment l'anarchie s'est-elle introduite dans la pratique médicale à ce degré, qu'il n'est pas un seul point de la thérapeutique des maladies intermittentes sur lequel il y ait, je ne dirai pas une opinion généralement admise, mais même une opinion de majorité ?

Actuellement, en effet, il n'y a plus rien d'arrêté, sur celle des préparations du quinquina, qu'on doive considérer comme la meilleure, sur la forme la plus convenable pour l'administration de cet agent, sur les doses auxquelles il faut le faire prendre, sur le moment auquel il convient de le donner, sur le temps durant lequel il doit être continué, sur les adjuvants qu'il est bon de lui joindre et sur les correctifs qu'il peut être utile de lui associer.

Sur tous ces points, le praticien en est réduit à sa propre initiative, et à faire du mieux qu'il peut. Chacun hésite, tâtonne et va au hasard, heureux quand l'expérience a pu former sa pratique particulière.

Le désir de faire du neuf, l'habitude de se livrer à ce qu'on croit être une heureuse inspiration, et surtout le dédain des notions élémentaires et des principes, voilà les causes de la déplorable incertitude dans laquelle se trouve la thérapeutique des maladies intermittentes.

Le but du travail qui va suivre est de montrer qu'on peut avoir pour l'administration du quinquina des règles aussi certaines qu'on en a pour l'opération chirurgicale la mieux réglée, et que, dans l'état actuel de nos connaissances en chimie et en pharmacie, et qu'avec les données précises que fournissent l'observation sur les malades et l'expérimentation sur les animaux, on peut substituer une méthode bien déterminée, aux capricieuses inspirations de l'empirisme.

L'écorce du quinquina contient trois ordres de matériaux : 1° les alcaloïdes, quinine, cinchonine, quinidine et cinchonidine, dans lesquelles résident les propriétés hyposthénisantes desquelles résulte la vertu fébrifuge ; 2° les rouges cinchoniques, la matière colorante jaune, la matière grasse verte et l'acide kinique, doués de propriétés assez astringentes et modérément excitantes, desquelles se tire la vertu tonique ; 3° la gomme, l'amidon, le ligneux, etc., substances dont les deux premières sont seulement alimentaires, et ne jouissent réellement d'aucune propriété médicamenteuse, et dont la dernière est un corps complétement inerte.

Les alcaloïdes sont loin d'être en liberté dans cette écorce ; ils sont, au contraire, engagés dans une combinaison très-stable avec l'acide kinique et surtout avec les matières colorantes ; cette combinaison, en grande partie insoluble, enchaîne ces alcaloïdes de manière à ce qu'ils ne puissent développer leurs propriétés spéciales qu'à mesure qu'ils sont mis en liberté par les nouvelles combinaisons solubles qu'ils forment dans l'économie animale. Si l'on veut bien se rappeler que les fabricants de produits chimiques sont obligés, pour isoler les alcaloïdes, de faire intervenir dans leurs opérations les alcalis et les acides minéraux les plus puissants, on sentira de suite à quel travail doit se livrer l'estomac, qui ne contient que des acides d'une force modérée, pour opérer la même élimination, et combien il y a de chances pour qu'elle soit lente et imparfaite.

Les matières extractives, au contraire, qui ne sont pas employées entièrement à neutraliser ces alcaloïdes sont en partie assez solubles ; elles doivent à cette disposition la facilité qu'elles ont de déployer très-aisément et très-promptement leur action tonique sur l'économie.

L'écorce du quinquina est donc un composé naturel jouissant de

deux ordres de propriétés opposées : les unes, hyposthénisantes fébrifuges ; les autres, excitantes, astringentes et toniques. Les premières ne sont mises en évidence que par la décomposition du produit naturel ; les secondes se révèlent au simple contact.

L'expérience a prouvé d'une manière péremptoire, et à n'y plus revenir, que les alcaloïdes seuls sont fébrifuges, et que les autres matériaux du quinquina n'ont absolument aucune puissance pour arrêter la fièvre.

L'expérimentation, de son côté, a mis à même de suivre la marche des alcaloïdes dans l'économie. A l'aide de l'iodure ioduré de potassium mêlé aux urines, on peut savoir, à quelques minutes près, le moment où ces agents sont absorbés, à quelques centigrammes près, en quelle quantité ils sont absorbés, et à très-peu d'heures près la durée de leur séjour dans l'économie.

Enfin, l'observation des effets que ces alcaloïdes administrés à hautes doses produisent sur le système nerveux a donné un moyen de connaître, en quelque sorte à la minute : 1° le moment où ils portent leur action sur l'encéphale et sur ses prolongements, c'est-à-dire le moment où commence l'action fébrifuge ; 2° le temps pendant lequel cette action dure ; et 3° en dernier lieu, l'intensité de l'influence produite, c'est-à-dire que l'observation des phénomènes physiologiques donne la mesure exacte du pouvoir fébrifuge de ces alcaloïdes.

Ces données très-simples, mais très-positives, vont suffire à l'établissement successif de toutes les règles qu'on doit suivre dans l'administration du quinquina contre les maladies périodiques.

Je vais donc chercher à déterminer à l'aide de ces moyens :

1° La valeur fébrifuge des diverses préparations de quinquina ;

2° Les doses auxquelles il convient de les donner ;

3° Le moment où il faut les administrer ;

4° Le temps pendant lequel on doit en continuer l'usage ;

5° Les adjuvants et les correctifs qu'on peut leur associer ;

6° La valeur des formes sous lesquelles ces préparations peuvent être présentées.

7° Enfin le degré du pouvoir absorbant des différentes surfaces de l'économie, avec lesquelles ces préparations sont mises en contact.

Valeur fébrifuge des différentes préparations du quinquina. — Les préparations que la pharmacie compose avec l'écorce du Pérou sont assez nombreuses ; elles comprennent en passant du simple au composé :

La quinine brute, la quinine pure, la cinchonine pure, la quinidine, la cinchonidine, la quinoïdine, la quinicine, la cinchoni-

ine; les sels de quinine, ceux de cinchonine, ceux de quinidine et ceux de cinchonidine. La poudre de quinquina, les infusions, macérations et décoctions de quinquina, les teintures, les vins, les bières, les sirops et les extraits mous et secs de quinquina.

Je vais examiner d'une manière sommaire chacune de ces préparations, sans entrer dans des détails plus étendus, qu'on trouvera dans mon Traité du quinquina.

Quinine brute. — Cette substance, molle comme de la cire, est un composé de quinine et de matières résinoïdes, qui s'y trouvent dans la proportion d'un quart à un huitième. Insoluble, insipide, elle a été proposée par M. le professeur Trousseau comme un moyen commode de faire prendre de la quinine aux enfants.

On a craint qu'à raison de son insolubilité cette substance ne fût irrégulièrement absorbée. En effet, l'estomac à jeun ne contient habituellement que très-peu de liquide dont la nature est alcaline; par conséquent la quinine ne peut qu'y être délayée. Néanmoins, j'ai constaté que la quinine brute est absorbée comme la quinine pure; elle est sans doute dissoute par les sucs acides, qui finissent par venir dans l'estomac.

Sa puissance fébrifuge est égale, quand elle est peu mélangée, à celle de la quinine pure. C'est la préparation qu'il faut préférer pour les enfants; on la leur délaye dans de la bouillie, dans du miel ou dans des confitures. La légère instabilité de sa composition n'ayant aucun inconvénient notable chez eux, elle se donne aux mêmes doses que le sulfate neutre de quinine.

Quinine pure. — Un peu plus amère que la quinine brute, et presque aussi insoluble qu'elle.

Elle est absorbée avec la même force que le sulfate de quinine neutre et a la même puissance fébrifuge que lui; elle doit être donnée aux mêmes doses. Il est probable qu'elle se comporte dans l'estomac comme la quinine brute. La fixité de sa composition permettant de la doser exactement, elle peut servir à toutes les doses chez les adultes. Dans les cas où la susceptibilité du malade ne peut s'accommoder de l'amertume des sels solubles de quinine, c'est elle qu'il faut employer dans ces cas, et elle dispense d'avoir recours à ces diverses préparations, qu'on s'est évertué à imaginer pour masquer la saveur amère du fébrifuge. On l'administre sous forme de poudre, soit dans du pain à chanter, soit dans des capsules; il faut alors faire prendre aussitôt l'ingestion un verre de limonade citrique, tartrique ou sulfurique.

Sels de quinine. — Ces sels sont assez nombreux; ce que le mé-

decin a besoin de savoir par rapport à eux, est : 1° leur saveur, qui les rend plus ou moins faciles à administrer; 2° leur solubilité, car j'ai prouvé que l'intensité de leur absorption était une raison directe de la solubilité; 3° la quantité de quinine contenue dans chacun d'eux; 4° enfin la nature de l'acide qui les constitue, particularité infiniment moins importante qu'on l'a supposé.

Bisulfate de quinine.—Ce sel, composé par MM. Pelletier et Caventou, est le plus puissant, le plus stable et le plus employé de tous les sels de quinine.

Il est très-amer, excessivement soluble; aussi ne se trouve-t-il pas tout préparé dans les pharmacies. On le forme extemporanément, en faisant dissoudre dans un véhicule le sulfate neutre du commerce, et en y ajoutant quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'eau de Rabel pour en favoriser la solution.

Ce sel réunit au plus haut degré toutes les conditions d'action sur l'économie; il arrive sur les surfaces absorbantes complétement dissous, par conséquent il est absorbé avec une extrême facilité, et comme il contient 87 pour 100 de quinine cristallisée, il agit très-promptement et très-énergiquement sur le système nerveux; enfin, le sulfate de quinine étant un sel dont la composition est bien fixe, on peut, avec lui, compter sur des effets constamment identiques.

C'est lui que j'ai pris comme type, pour servir de base à l'estimation de la valeur des autres composés du quinquina.

On a craint que l'acide sulfurique, l'un des acides les plus puissants, n'exerçât une action nuisible sur l'estomac; cette crainte n'est pas fondée, les 9 centigrammes d'acide combiné qui se trouvent dans un gramme de sulfate neutre de quinine sont une trop faible quantité pour provoquer la moindre irritation gastrique.

M. le professeur Piorry a pensé que les quelques gouttes d'eau de Rabel qu'on est dans l'usage d'ajouter au sulfate neutre afin de le faire passer à l'état de sulfate acide pourraient, à la rigueur, être la cause des accidents qui, dans quelques cas, ont suivi l'emploi à haute dose de ce sulfate. Il me paraît difficile de croire que la quantité d'acide sulfurique alcoolisé, nécessaire pour faire dissoudre complétement 4 grammes de sulfate de quinine dans 100 grammes d'eau, laquelle suffirait à peine pour aciduler un demi-verre de limonade, soit un intermédiaire bien dangereux pour l'encéphale.

Le bisulfate de quinine est la meilleure combinaison et le sel que le médecin doit préférer; il y a sûreté, rapidité et égalité dans son action. C'est, en quelque sorte, le seul qu'on puisse convenablement employer dans la médication à haute dose, et c'est également sur lui

qu'il faut le plus compter, quand, employé comme fébrifuge, on ne veut donner que les plus petites doses possibles.

On doit l'administrer, autant qu'on le peut, en une solution dont on masque la saveur amère par l'addition d'un sirop et d'une petite quantité d'eau de fleurs d'oranger.

La saveur très-amère étant l'un des inconvénients les plus grands de l'administration de ce sel, on a cherché divers moyens d'y parer.

M. Desvouves a proposé, dans ce but, l'union du café au sulfate de quinine; mais l'infusion de café, quelque forte qu'elle soit, modifie très-peu la saveur amère du sulfate de quinine en solution parfaite, tout en décomposant une partie de ce sulfate et le faisant passer à l'état de tannate insoluble et presque inerte. Cette addition est donc une inutilité qu'il faut rejeter. Les malades doivent se résigner à subir l'amertume en faveur de l'avantage que leur offre le bisulfate, ou faire usage d'une autre préparation.

Sulfate neutre de quinine. — Ce sel est celui qu'on trouve tout prêt dans les pharmacies. Il est moins amer que le bisulfate; soluble seulement dans 265 parties d'eau froide, il se trouve par conséquent dans des conditions d'absorption et de puissance moins favorables que le bisulfate.

J'ai constaté que sa valeur médicamenteuse est à peu près la moitié de celle du bisulfate. On l'administre en suspension dans un liquide, ou sous forme de poudre. Dans l'un et l'autre cas, il faut faire prendre, aussitôt après chaque prise de ce sel, un verre de limonade citrique, tartrique, ou, ce qui est mieux, sulfurique; alors la solution s'opère assez bien dans l'estomac, et ce sel est mis dans des conditions favorables d'absorption et d'action.

On a cherché à masquer par du café la saveur médiocrement amère de la solution imparfaite de sulfate neutre; et, en effet, le café modifie très-notablement cette saveur, qui devient presque nulle; mais, malheureusement, le remède est décomposé, la portion dissoute du sulfate passe à l'état de gallate insoluble; en outre, une partie du sulfate en suspension se trouve précipité, et, en définitive, le médicament n'a plus guère que le tiers de la force du sulfate acide; c'est donc une addition qu'il faut abandonner, à moins qu'on ne puisse faire autrement.

La poudre se prend dans du pain à chanter.

Le sulfate neutre de quinine est donc une bonne préparation pour les cas où il faut donner, pendant quelque temps, des quantités assez grandes de sels de quinine, puisque avec elle on peut épargner aux malades les inconvéniens de l'amertume; mais elle est moins

convenable dans le cas où l'on ne veut employer que de petites doses. Le sulfate neutre doit, à petites doses, se donner en quantité double du bisulfate, et à haute dose, à un tiers en sus.

Le chlorhydrate, l'azotate et le carbonate de quinine sont très-amers, très-solubles dans l'eau; mais comme, en raison de leur extrême solubilité, ils s'altèrent très-facilement dans les pharmacies, on ne peut point compter sur eux; ils contiennent une proportion de quinine moindre que le bisulfate : ainsi celle-ci étant 100 dans le bisulfate, elle est 88 dans l'azotate, et 82 dans le chlorhydrate. MM. Duval et Beraudi avaient cru leur trouver quelques propriétés particulières; ils se sont trompés : j'ai constaté le contraire.

Ces sels sont donc, et avec raison, complétement inusités.

Le phosphate de quinine a été préconisé par M. Harless de Bonn, comme plus doux que les sulfates. C'est un sel très-peu soluble, par conséquent peu puissant; et de là sa bénignité. Il n'a aucun avantage sur le sulfate neutre : il doit être rejeté.

Les acides que la quinine forme avec l'arsenic ont dû naturellement être regardés comme très-utiles pour le traitement des fièvres intermittentes, puisque l'acide et l'alcali sont tous deux fébrifuges.

L'arséniate de quinine est insoluble dans l'eau froide; on ne peut par conséquent le donner qu'en poudre, ou que suspendu dans un liquide; il est très-mal absorbé. Je n'ai pu le porter à plus de 10 à 12 centigrammes, sans provoquer des irritations du tube digestif, qu'on pouvait raisonnablement attribuer à l'acide arsénique, et à ces doses je n'ai pu constater que la quinine ait été absorbée.

L'arsénite de quinine semblerait avoir plus de probabilités en sa faveur, puisqu'on emploie l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes.

Mais il est également insoluble dans l'eau froide; on peut néanmoins, à l'aide d'une petite quantité d'alcool, en opérer la solution, et alors il se comporte comme l'arséniate et est aussi irritant que lui.

L'arsenic domine trop dans ces deux sels pour que l'alcaloïde puisse être pris en quantité suffisante pour agir. Ils contiennent 13 d'acide et 84 de quinine pour 100. Ils doivent donc être complétement rejetés.

L'antimoniate de quinine, préconisé par le docteur La Camera, de Naples, est insoluble, à peine sapide. L'acide antimonique tient tellement aux alcaloïdes du quinquina, qu'il l'enlève à toutes leurs combinaisons; par conséquent ce sel doit se décomposer très-difficilement dans l'estomac, et, comme il est insoluble, l'absorption en est lente et faible : il provoque facilement la diarrhée. Sa puissance

est de plus de moitié moindre que celle du bisulfate. Comme il n'offre aucun avantage particulier, il doit être rejeté comme inutile.

Le tartrate de quinine a été regardé comme devant être une bonne préparation, à raison de l'usage où l'on était autrefois d'associer le tartrate de potasse (crème de tartre), ou l'émétique, aux préparations du quinquina. Alors la potasse s'unissait à l'acide quinique, et mettait en liberté une portion des alcaloïdes ; l'antimoine, de son côté, s'unissait également à ces alcaloïdes, en les détachant des rouges cinchoniques, et l'acide tartrique en faisait des sels un peu solubles : c'était un moyen d'augmenter l'action du quinquina.

Mais à présent que la chimie nous fournit les alcaloïdes dégagés de toute combinaison, ou engagés dans des combinaisons très-solubles, l'intervention de l'acide tartrique n'a plus de but. Le tartrate de quinine, qui est presque insoluble, s'absorbe très-lentement, et il est doué de peu d'activité ; c'est donc un composé tout à fait inutile, et qui n'a plus aucun mérite.

Le sulfo-tartrate de quinine a été fort célébré par M. Bartella, médecin dans les Maremmes, en Toscane. Cette nouvelle combinaison repose sur l'idée que le sulfate neutre n'ayant pas une action suffisante, à cause de son insolubilité, on pouvait augmenter cette action en le rendant soluble. Pour cela, on ajoute au sulfate neutre et peu soluble de quinine une quantité égale d'acide tartrique en poudre, et on donne le mélange en suspension dans un liquide. L'acide tartrique, en faisant passer le nouveau composé à l'état de sel acide, le rend plus soluble. Mais cette solubilité est encore très-notablement moindre que celle du bisulfate. J'ai constaté que le sulfo-tartrate était moins bien absorbé, et qu'il agissait beaucoup moins sur le système nerveux que le bisulfate ; enfin, les faits thérapeutiques indiqués par M. Bartella prouvent que sa puissance fébrifuge est à peine supérieure à celle du sulfate neutre, et qu'elle est de moitié moindre que celle du bisulfate.

Le sulfo-tartrate, qui avait été indiqué comme le sel qu'il fallait préférer à tous les autres, est donc inférieur de moitié au bisulfate ; mais il est un peu plus actif que le sulfate neutre.

Ce n'est pas néanmoins une combinaison à rejeter. Dans les campagnes, le médecin qui porte des médicaments n'est guère dans l'usage d'avoir de l'acide sulfurique ou de l'eau de Rabel pour rendre soluble son sulfate neutre, il lui est plus commode d'avoir de l'acide tartrique en poudre. C'est un moyen économique, qu'on peut employer faute de mieux.

On mêle ensemble parties égales de sulfate neutre de quinine et

d'acide tartrique, et on suspend les poudres dans de l'eau. — Il faut donner le sulfo-tartrate à dose double de *celle de sulfate neutre.*

L'acétate de quinine a été mis en avant, parce qu'on supposait qu'un acide végétal serait mieux toléré par les voies digestives que l'acide sulfurique. Or, l'acide acétique irrite au même degré que le sulfurique.

Ce sel est très-soluble, très-amer, contient 85 pour 100 de quinine, et est par conséquent dans les mêmes conditions que le bisulfate; il n'a aucune action particulière, aussi est-il inusité et doit-il être rejeté comme inutile.

Le citrate de quinine a été regardé comme doué de la vertu anti-scorbutique, en raison de sa composition, dans laquelle se trouvait, à ce qu'on supposait, un tonique uni à l'acide du citron.

Ce sel contient 90 pour 100 de quinine, et a peu d'amertume; mais comme il est presque insoluble, il est mal absorbé et jouit d'une très-faible action sur le système nerveux. Il ne recèle aucune propriété particulière, aussi est-il complétement inusité.

Le tannate de quinine est une préparation à laquelle M. Barreswil a attaché son nom, et qu'il a présentée comme une sorte de quinquina artificiel, ayant l'avantage de la fixité de composition, du petit volume et d'une action plus douce que celle des sels de quinine.

Le tannin, en se combinant avec les alcaloïdes, a la propriété d'en faire des composés insolubles, que les sucs digestifs parviennent difficilement à dissocier. Les alcaloïdes ainsi enchaînés ne peuvent point agir. Voilà tout le secret de l'action du tannate.

Le tannate de quinine est un composé amorphe, très-peu soluble, doué d'une faible amertume et contenant 42 pour 100 de quinine. On avait toutes raisons pour être sûr qu'il est mal absorbé, et qu'il possède un faible degré d'activité. En effet, j'ai constaté que l'absorption du tannate est à celle du bisulfate comme 1 est à 8; que les phénomènes physiologiques qu'il provoque sont dans la même proportion. Quant aux effets fébrifuges qu'il peut produire, les recherches faites sur ce point ont constaté que ce composé jouissait de la propriété fébrifuge, mais elles n'ont pas déterminé dans quelle proportion; or, j'ai constaté que pour l'absorption et pour l'action sur le système nerveux, la puissance du tannate de quinine est à celle du bisulfate comme 1 est à 6 ou 8.

Ce composé est donc à peu près inutile; il n'a pour propriété spéciale que d'agir très-lentement et d'être astringent. Il peut, en conséquence, être employé dans les névroses et chez les sujets irritables. Il ne peut servir que dans la médication à doses peu élevées.

Il est trop faible pour être employé dans la médication à hautes doses.

Le valérianate de quinine, composé par le prince Lucien Bonaparte, est un sel soluble et amer. On a supposé que l'acide valérianique, doué de la propriété antispasmodique en s'unissant à la quinine, donnerait lieu à un composé qui accroîtrait à un degré élevé la propriété antipériodique. Le valérianate de quinine jouit de la propriété fébrifuge. Cela a été constaté par Castiglioni et par M. Devay, mais sans qu'il fût montré dans quelles proportions. L'acide valérianique est peu stable, aussi le valérianate est-il facile à altérer. C'est un médicament purement théorique, sur la valeur duquel on ne peut compter.

Il n'est guère employé que comme un léger fébrifuge dans les affections nerveuses. Il se donne aux mêmes doses que le sulfate neutre.

Le lactate de quinine, sel proposé par M. Conté, dans la pensée qu'en raison de l'origine organique de l'acide, ce sel serait mieux toléré que les sels à acides végétaux. Il a une saveur médiocrement amère, est très-soluble. Son action est la même que celle du bisulfate, son amertume est un peu plus faible. Mais il excite la muqueuse du tube digestif au même degré que le sulfate, et comme il n'a aucune propriété particulière, il doit être rejeté de la matière médicale.

L'hydro-cyano-ferrate de quinine. — Vanté par Bruth, par Cerisoli et par Corioli.

C'est un sel insipide dans l'eau, mais très-soluble dans l'alcool, il contient 87 pour 100 de quinine. On ne peut guère le donner qu'en poudre. J'ai constaté qu'alors il est très-mal absorbé, et qu'il n'a qu'une action très-faible sur le système nerveux. C'est, par conséquent un fébrifuge peu puissant.

Si on le dissout dans l'alcool, la préparation en fait un excitant, ce qui est le contraire du but qu'on veut atteindre, puisque ce sel est présenté comme bon dans les cas où l'éréthisme du système nerveux ne permet pas d'employer le bisulfate.

Ce sel doit donc être complétement abandonné.

(*La fin au prochain numéro.*)

Tablettes de sous-nitrate de bismuth.

Ces tablettes sont proposées par M. Bourgeois de Faverdaz pour le traitement de la dyspepsie. Elles se composent de :

Pr.	Sous-nitrate de bismuth (bien purifié)	100 grammes.
	Magnésie pure	100 grammes.
	Opium en poudre	8 grammes.
	Sucre en poudre	60 grammes.
	Mucilage de gomme adragante	Q. S.

Divisez S. A. en 800 tablettes. Chacune d'elles contient : sous-nitrate de bismuth et magnésie 25 centigrammes et 10 milligrammes d'opium. — De trois à douze par jour en trois fois, avec une cuillerée du sirop suivant, chaque fois.

Sirop tonique d'écorce d'orange amère.

Pr.	Ecorce d'orange amère	80 grammes.
	Quassia amara	45 grammes.
	Cachou concassé	15 grammes.
	Gomme arabique	125 grammes.

Faites infuser vingt-quatre heures les trois premières substances dans eau bouillante 650 grammes; d'autre part, faites fondre la gomme dans 250 grammes d'eau. Mêlez ensuite l'infusé à la gomme dissoute, et faites selon l'art un sirop avec 1,500 grammes de sucre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Étude clinique des injections de liqueur iodo-tannique.

§ 1. — Lorsque MM. Socquet et Guilliermond firent connaître leurs intéressantes recherches sur le nouveau composé d'iode et de tannin [1],

[1] 1° *Liqueur iodo-tannique normale* (Guilliermond).

Iode	5 grammes.
Tannin	45 grammes.

Triturez à froid, dans un mortier de porcelaine, jusqu'à mélange complet. Ajoutez par petites fractions :

Eau froide	500 grammes.

Filtrez et faites évaporer au bain-marie, pour obtenir 100 grammes de liqueur représentant :

Iode	5 grammes.
Tannin	45 grammes.
Eau	50 grammes.

2° *Liqueur iodo-tannique iodurée* (Guilliermond).

Iode	5 grammes.
Tannin	10 grammes.

l'attention du monde médical était portée sur le perchlorure de fer, que, depuis les premiers travaux de M. le docteur Pravaz, on soumettait à de nombreuses expériences. Plusieurs fois déjà le succès avait réalisé les espérances; d'autres fois, par malheur, des revers, et même des accidents regrettables, avaient été le fruit des tentatives nouvelles. Si bien, qu'instinctivement l'on était arrivé à se dire : « Ne vaudrait-il pas mieux faire usage d'une solution ferrique faiblement concentrée; ou bien, n'y aurait-il pas quelque liquide, moins puissant, qui pût remplacer le perchlorure de fer ? »

Or, à ce point de vue, la liqueur iodo-tannique méritait de devenir l'objet d'une étude sérieuse; car, dès les premiers essais, avec le sang ou tout autre liquide albumineux, elle parut douée d'une force hémoplastique, capable de faire présager son utilité dans la pratique chirurgicale, utilité égale au moins à celle que les observations de M. le docteur Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu, lui assignaient dans le traitement des maladies internes.

Mais avant de procéder aux épreuves cliniques, je crus intéressant de soumettre à une étude comparative le perchlorure, dont j'avais appris à me servir, et la liqueur iodo-tannique qui m'était inconnue, soit relativement aux propriétés chimiques du caillot, soit par rapport à l'absorption des éléments qui la composent; but, dans lequel je me livrai à des expériences chimiques et physiologiques, qui me donnèrent des résultats intéressants. Je les consignai dans un mémoire [1] dont je crois utile ici de rappeler les principales conclusions.

Je trouvai d'abord que la liqueur iodo-tannique *normale* n'a guère qu'un tiers de la force coagulante du perchlorure de fer à 30° de Baumé; ensuite, que le caillot iodo-tannique, contrairement au caillot de perchlorure de fer, est insoluble dans l'eau bouillante; mais qu'il s'y dissout, si l'on ajoute à cette eau quelques gouttes d'une solution caustique de potasse ou de soude.

Triturez à froid, dans un mortier de porcelaine, jusqu'à mélange complet. Ajoutez par petites fractions :

Eau. . . . . 85 grammes.

Faites légèrement chauffer au bain-marie, dans un matras, jusqu'à dissolution, puis filtrez la liqueur.

[1] Etude comparative de la liqueur iodo-tannique et du perchlorure de fer, relativement aux propriétés hémoplastiques et à l'absorption de ces agents. (Gaz. méd. de Lyon, 1854, p. 138, n° 5.)

Je tenais également à savoir si le pouvoir coagulateur du nouveau composé était le fait de la combinaison de l'iode au tannin; s'il appartenait à tous les deux, dans la même mesure ou inégalement; ou bien, dans le cas opposé, lequel des deux en serait doué seul; et la conclusion rigoureuse à laquelle j'arrivai fut : que l'agent essentiel, unique peut-être, de la vertu hémoplastique de la liqueur, *c'est le tannin.*

Dès lors, je laissai entrevoir que le tannin seul pourrait donner sur le vivant des effets analogues à ceux de la liqueur; mais les cas d'application ne s'étant point présentés à moi en nombre suffisant, je n'ai pu résoudre cette question par des essais comparatifs.

Cette étude préliminaire, une fois achevée, au point de vue chimique, j'abordai l'étude physiologique sur l'absorption et les voies d'élimination du remède, et je pus constater deux faits inattendus : le premier, une séparation, un départ, se faisant entre l'iode et le tannin, de façon que l'iode soit pris par absorption, puis éliminé par les urines, exactement d'après les mêmes lois que s'il était donné pur et seul; le second, ayant trait à l'absorption du tannin. Mais cette absorption n'est point, comme pour l'iode, rapide et complète; elle commence plus tard, se trahit par des réctions moins accusées, et se continue longtemps encore après que tout l'iode a disparu, état constaté par la réaction négative de l'amidon sur les urines. Tout l'iode est absorbé, ai-je dit; tout le tannin ne l'est pas. Et pour preuve n'ai-je pas qu'au bout d'un certain temps, si, pour une cause ou pour l'autre, on recueille soit le liquide d'une poche injectée, soit les grumeaux d'un kyste ou d'un abcès qui a reçu la liqueur, on n'y trouve aucune trace d'iode; tandis que le tannin s'y montre en grande proportion, retenu qu'il y est par l'albumine coagulée. Plusieurs fois j'ai refait cette épreuve et constamment dans ces grumeaux, issus d'une cavité morbide, traitée par l'injection iodo-tannique, depuis assez de temps pour que l'iode n'apparût plus dans les urines, j'ai pu démontrer l'albumine et le tannin, en l'absence de toute parcelle d'iode.

§ 2. — Eclairé désormais par ces données préliminaires, chimiques et physiologiques, je devais entrer dans le domaine des usages pratiques. D'une part, j'essaye la liqueur *iodurée,* dans les cas où la teinture d'iode est journellement employée, et, d'un autre côté, la liqueur *normale* dans les varices, pour être mise en parallèle avec le perchlorure de fer.

Autant, je dois le dire, je fus satisfait de la liqueur normale dans les varices, autant j'eus peu sujet de m'applaudir de la liqueur

iodurée dans l'hydrocèle, dans les kystes ou les abcès froids, et généralement partout où une assez forte proportion de liqueur doit se trouver en présence d'un liquide albumineux.

A. — Prenons, par exemple, l'*hydrocèle*, contre laquelle nous avons essayé plusieurs fois la liqueur iodurée, étendue de partie égale d'eau, à la dose de 50 à 80 grammes de mélange. Que trouvons-nous? Des phénomènes immédiats (sensibilité, douleur), identiques à ceux de l'injection iodée ordinaire et des suites, en tout, si semblables à celles de l'iode, que vraiment il n'y a pas, dans la majorité des cas, de raisons en faveur du nouveau composé. Des succès et des insuccès qui se balancent; des résultats qui se rapprochent par tous les points : voilà ce qu'on observe; sauf, peut-être, qu'après l'usage de la liqueur iodo-tannique, on sent, plus volontiers qu'avec l'iode seul, des concrétions fibrineuses dans la tunique vaginale, donnant sous la pression, par leurs froissements réciproques, une sensation de crépitation. Une fois, j'ai voulu essayer la liqueur iodo-tannique iodurée, étendue d'un tiers d'eau seulement, et mal m'en a pris, car la tunique a suppuré, et le pus s'est fait jour par plusieurs ouvertures.

Ainsi, tantôt trop peu d'action si l'on affaiblit de moitié la liqueur; tantôt trop si on lui laisse un plus haut degré de force, et finalement un médium plus difficile à saisir, qu'avec la teinture d'iode; ce qui m'a éloigné de la liqueur iodo-tannique iodurée dans l'hydrocèle et ramené à l'injection iodée ordinaire.

B. — Une seule fois, j'ai tenté l'injection iodo-tannique iodurée dans le *goître cystique*, et je n'ai pas eu lieu de m'en féliciter. Le cas pourtant n'était pas compliqué : la poche était souple, assez mince; la sérosité était citrine, transparente, n'offrant au microscope que des cristaux de cholestérine; d'autre part, la liqueur avait été étendue de partie égale d'eau, et la dose injectée n'était guère que de 50 à 60 grammes, dont la majeure partie fut retirée. Malgré tout, l'inflammation consécutive fut vive et la suppuration s'ensuivit.

Le pus qui se fit jour à l'extérieur était grumeleux, mal lié, de coloration brune, nuance chocolat. Soumis à l'analyse, les grumeaux n'avaient pas de traces d'iode; ils étaient composés d'albumine coagulée et renfermaient une forte proportion de tannin. — Et ne voyez-vous pas, dis-je à l'occasion de ce fait, que la liqueur iodo-tannique, par sa force coagulante, solidifie, en partie du moins, les exsudations albumineuses; les met dans des conditions moins favorables à l'absorption intersticielle; les transforme conséquemment

en corps étrangers qui provoquent une inflammation suppurative éliminatoire.

De tout ceci, concluez que la liqueur iodo-tannique ne semble pas trouver dans les kystes un champ d'application où elle l'emporte sur la teinture d'iode pure, qui, elle du moins, peut être reprise en totalité par l'absorption, et qui se fraye, au travers de l'économie, des routes connues d'élimination.

C. — Avec les *abcès froids* idiopathiques ou symptomatiques, c'est aussi mal, si ce n'est pis encore. Autant d'injections, autant de suppurations, telle est la règle, en ce qui me concerne, d'après ce que j'ai vu. Quoi de plus naturel, en effet! quelque soin que l'on prenne, dans un vaste abcès anfractueux, bon gré mal gré, il restera toujours un peu de pus; et bien avant que la liqueur, et surtout le tannin, soient absorbés, une nouvelle et notable quantité de pus sera sécrétée; lequel pus se coagulera par l'action du tannin et deviendra corps étranger, provoquant l'ouverture de la poche; dès lors aussi le but sera manqué. Et qu'on n'aille pas croire qu'ici je parle guidé par la théorie seule; assez de fois, pour être renseigné, j'ai recueilli ces magmas de pus concret, très-durs quelquefois, dans lesquels j'ai démontré toujours absence totale d'iode et présence d'une forte proportion de tannin, retenu dans l'albumine coagulée.

Je me crois donc autorisé à dire que la liqueur iodo-tannique ne convient nullement dans les collections purulentes, chroniques, favorablement disposées aux excellentes applications de la méthode sous-cutanée.

D. — Mais si la liqueur iodo-tannique iodurée, et, *à fortiori*, la liqueur normale conviennent peu dans les poches séreuses; si elles sont nuisibles dans les vastes collections purulentes, elles retrouvent, la liqueur normale surtout, une utilité bien précieuse sur les *plaies de mauvais caractère*. Veut-on modifier une plaie grisâtre, diphthéritique, — en dehors cependant de ces graves accidents généraux qui sont totalement mortels; — veut-on raviver un ulcère qui reste stationnaire, la liqueur normale en fournit les moyens. Plus d'une fois, au bout de quelques applications, j'ai vu la teinte grisâtre faire place au rose vermeil; des bourgeons charnus, mous, infiltrés, prendre bonne consistance; la cicatrice marcher enfin, alors que depuis longtemps elle demeurait stationnaire.

En somme, la liqueur iodo-tannique en pansement est un excellent topique pour les plaies atoniques. — Et l'on me croira, moi qui me suis montré un peu sévère au sujet de la liqueur iodurée, en

injection dans les poches séreuses ou purulentes ; on me croira également, je l'espère, dans ce qui va suivre au sujet des varices.

Desgranges,

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE.

Hydrothérapie générale. Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier, des eaux thermo-minérales et de l'eau simple en général, par M. A.-H.-A. Dauvergne. 1 vol in-8; Paris, 1855, chez Labé, éditeur.

Une pensée aussi vraie que triste à énoncer forme comme le frontispice de l'ouvrage de M. Dauvergne ; c'est que l'indifférence des écoles actuelles en matière de thérapeutique, ouvrant, en quelque sorte, un champ libre à l'empirisme, a laissé surgir des pratiques nouvelles qui se sont propagées, étendues en dehors de tout contrôle et de toute direction scientifique. D'un autre côté, le morcellement et la division indéfinie des travaux et des recherches dont les eaux minérales ont été l'objet ne permettent que difficilement d'en réunir et d'en coordonner les résultats en un faisceau commun, susceptible d'être rattaché aux données générales de la science. Ce que les médecins des établissements thermaux n'ont point fait collectivement, M. Dauvergne a eu le courage de l'entreprendre à lui tout seul, en suivant une voie inverse de celle qui avait été adoptée jusqu'ici. Au lieu de faire ses observations isolées sur chaque eau en particulier, il a essayé d'en faire de parallèles sur les eaux les plus différentes entre elles et les plus opposées, étudiant le mode d'action physiologique de chacune d'elles sur les divers appareils organiques, sur les modifications fonctionnelles qu'elles déterminent, et comparant ensuite à ces études les résultats thérapeutiques obtenus, non-seulement avec chacune de ces eaux, mais encore avec les moyens communs de la médecine. Entouré des eaux minérales de Manosque, de Saint-Martin, de Pusclat, qui sont sulfureuses, salines et froides ; des eaux de Digne, de Gréoulx, d'Aix, qui sont salines, sulfureuses et thermales à divers degrés ; et placé non loin de la Méditerranée, il lui a été facile de comparer les principaux résultats de ces eaux, et ces comparaisons, unies aux recherches sur les eaux froides simples, qu'il a faites à son hôpital, lui ont donné sinon tous les éléments nécessaires pour une étude complète, au moins une observation assez étendue pour en embrasser la plus grande généralité.

Praticien avant tout, mais praticien qui cherche à éclairer l'observation par la théorie, M. Dauvergne, avant d'apprécier l'action

thérapeutique de l'eau en général, et des eaux de mer et minérales en particulier, a cherché à en étudier l'action physiologique. Or, pour connaître l'action physiologique des eaux, il fallait remonter aux données générales de la physiologie elle-même, afin de se rendre compte des phénomènes qui sont mis en jeu par cet agent; c'est ce qu'a fait M. Dauvergne. Malgré l'intérêt que pourrait avoir cette excursion, nous ne le suivrons pas sur ce terrain où, à côté de beaucoup de choses que nous approuverions, nous aurions quelques dissentiments à exprimer. Nous nous bornerons à formuler en peu de mots les données physiologiques d'où il déduit l'interprétation du mode d'action des eaux considérées d'une manière générale.

Quatre fonctions principales, qui sont à la fois les moteurs des autres fonctions, et qu'il désigne à cause de cela sous le nom d'éléments physiologiques ou de facultés résultantes et dirigeantes, résument l'organisme vivant, et constituent en même temps les éléments de la vie et les forces médicatrices; ces quatre fonctions sont la sensibilité, la contractilité, la nutrition et la caloricité, dont les appareils sont représentés par le système nerveux, le système fibrillaire, tous les systèmes élaborateurs et sécréteurs, et les deux systèmes connexes respiratoire et circulatoire. Elles sont en même temps l'expression ultime de toutes les fonctions de l'organisme et représentent les forces motrices accessibles au médecin. C'est par l'intermédiaire de ces fonctions que le médecin peut en effet atteindre, en quelque sorte, l'économie tout entière et dans chacun de ses organes. Tous nos traitements, dit M. Dauvergne, excepté ceux de la médecine opératoire, s'adressent non à telle ou telle lésion matérielle, mais bien à la perturbation phénoménale vitale de l'une ou de plusieurs de ces fonctions. Appliquant cette proposition générale à l'action des eaux, il a cherché à expliquer comment les actions des eaux atteignent les éléments de la vie, les sollicitent et les mettent en jeu pour débarrasser l'organisme de la lésion matérielle, et pour rétablir l'harmonie fonctionnelle du *consensus général*. « Comprendrait-on, dit-il, les effets de l'eau s'adressant également bien à la pléthore et à l'anémie, à l'hypérémie sthénique et asthénique, autrement que par l'impression qu'ont reçue les moteurs de l'organisme vivant, les phénomènes vitaux influençant tel ou tel organe, telle ou telle fonction? Comment se rendrait-on compte de ces observations : que le traitement à l'eau simple froide, marine ou minérale, par le seul effet de quelques sécrétions intestinales, rénales ou cutanées, guérit également bien des rhumatismes, des dartres, des hépatites, etc.?... Un traitement, quel qu'il soit, n'est concevable qu'à la condition de porter sur

une des fonctions vitales en question, d'en augmenter ou d'en modérer l'action, etc.

M. Dauvergne ne s'est pas dissimulé l'objection que l'on pouvait faire à cette interprétation physiologique du mode d'action des eaux, qui ramènerait la pathologie aux systèmes dichotomiques, tant de fois réfutés déjà, toutes les maladies se trouvant ainsi réduites à deux classes, suivant la prédominance ou l'abaissement organoplastique; il a été au-devant de cette objection, ne réservant la question de l'étude de la nature des maladies, qui peut faire comprendre comment des maladies, ayant des formes et des caractères analogues, peuvent différer néanmoins beaucoup par leur gravité, leur marche et leur terminaison. Mais tout en comprenant très-bien la portée de cette objection, il faut le dire, il ne l'a pas abordée peut-être aussi franchement que la liberté habituelle de ses allures nous l'eût fait penser; la difficulté a été plutôt éludée que vaincue. Toutefois, en faisant nos réserves sur la part qu'il convient de faire à cet élément important en pathologie, des causes et de la nature spécifique de certaines maladies, nous devons reconnaître que le manière dont M. Dauvergne envisage la question, en se plaçant au point de vue physiologico-pathologique, est certainement une des plus larges et des plus fécondes.

On comprendra aisément qu'il ne nous soit pas possible de suivre l'auteur dans les nombreux détails dont se compose son livre sur les propriétés physiques et sur les objets physiologiques et thérapeutiques des diverses sortes d'eaux qu'il étudie dans chacune de leurs propriétés spéciales et dans chacune de leurs conditions et de leurs éléments, comme dans leurs propriétés communes et générales.

Nous ne saurions mieux résumer le travail considérable de M. Dauvergne et les résultats de la vaste expérience qu'il a acquise dans la médication hydrothérapique qu'en empruntant l'appréciation qui suit aux tableaux qui terminent son ouvrage.

Il distingue les effets et les résultats de l'administration de l'eau par le mode balnéaire en effets primitifs, effets consécutifs, conséquences locales, conséquences générales et résultats définitifs.

Pour l'eau froide: les effets primitifs sont : l'augmentation de la contractilité périphérique des solides, respiration plus complète, oxygénation plus parfaite du sang.

Les effets consécutifs sont : l'augmentation de la faculté calorigénésique, une suractivité imprimée à la circulation capillaire des organes intérieurs.

Les conséquences locales sont l'activité plus grande imprimée aux

organes intérieurs eux-mêmes par la stimulation et l'afflux des liquides; l'élaboration augmentée par la tonicité réactionnelle et par l'énergie donnée à la direction de la fonction du système lymphatique.

Conséquences générales : accroissement des sécrétions et de toutes les élaborations et transformations organiques.

Résultats définitifs : résorption et entraînement au dehors des matériaux des résolutions, par suite de l'accroissement de l'activité vitale des fibres organiques.

Pour l'eau chaude, effets primitifs : expansion générale des liquides, et, par suite, distension des solides, c'est-à-dire abaissement de la contractilité, diminution dans l'accomplissement de la respiration.

Effets consécutifs : mouvement centrifuge des liquides augmenté; en même temps, distension des solides dans cette direction ; sang moins oxygéné, par conséquent moins apte aux diverses opérations de la nutrition.

Conséquences locales : stimulation particulière de la peau par le mouvement des liquides qui se portent vers elle et le sang plus dilaté qui la pénètre ; et, comme conséquence immédiate, excrétion et élimination de matériaux protéiques, albumineux, fibrineux et azotés, etc.

Conséquences générales : moins d'élaboration, parce que, outre que le sang est moins disposé à cette fin par le manque d'oxygénation, le mouvement des liquides et des solides ne s'opérant pas dans la direction fonctionnelle des organes élaborateurs, mais dans le sens des fonctions éliminatrices de la peau, il n'en résulte qu'une décomposition.

Enfin, résultats définitifs : élimination de protéine, c'est-à-dire d'albumine, de fibrine et de sels azotés, changeant peu à peu la prédominance humorale, et finalement travail de résolution.

Pour les eaux minérales purgatives, les effets partiels se résument dans les résultats définitifs suivants : résultats analogues à ceux des ains froids, quoique provenant d'actions primitives différentes.

Pour le bain froid, c'était la contractilité périphérique qui provoquait les éliminations intérieures ; ici, ce sont ces éliminations qui entraînent la contractilité périphérique de la fibre.

Pour les eaux minérales diaphorétiques, les résultats définitifs sont les mêmes que pour le bain chaud.

Si les très-courts spécimens que nous avons donnés de la manière dont M. Dauvergne a traité cet important sujet de l'hydrothérapie

générale ont été bien compris, on peut apercevoir les linéaments de la synthèse dans laquelle il a cherché à comprendre tous les rapports des phénomènes pathologiques et thérapeutiques dans leurs correspondances physiologiques et thérapeutiques. Que si quelques-uns pouvaient craindre que dans cette voie, où il est facile de s'égarer, M. Dauvergne n'eût pas toujours su éviter les écueils de la théorie, nous les rassurerions en leur rappelant que M. Dauvergne, dont l'expérience et l'excellent sens pratique sont bien connus de nos lecteurs, n'a jamais perdu de vue les faits qui fourmillent dans son ouvrage et qui en font la base la plus solide.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets du nitrate de potasse a dose modérée, associé a la digitale, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le nitre à haute dose compte avec raison parmi les traitements les plus efficaces de cette maladie. Malheureusement l'emploi du nitre à haute dose réclame l'ingestion d'une grande quantité de cette substance, à une dose de 30 grammes au moins dans les vingt-quatre heures et la dissolution de cette substance dans une grande quantité de liquide, afin d'éviter les accidents toxiques : or, c'est précisément là un très-grand obstacle à l'emploi et à la généralisation de cette méthode thérapeutique. Mais ne pourrait-on pas tourner la difficulté, en associant au sel de nitre une substance qui en soutienne et en agrandisse les effets? C'est ce qu'a pensé M. Aran, et nous avons été témoin, dans son service, de plusieurs expériences dans lesquelles ce médecin est parvenu, en associant le nitre à la digitale, à réduire considérablement, à 4 et 5 grammes par jour, la quantité de la première substance à administrer dans les vingt-quatre heures. Le fait suivant témoigne des bons effets de ce traitement :

Bontemps, Louis, âgé de dix-sept ans, fabricant de porte-monnaie, est entré le 22 juin à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran; il était malade depuis quatre jours seulement. C'était, du reste, son premier rhumatisme; mais deux mois auparavant, il avait eu une scarlatine, suivie d'une desquamation abondante, et la desquamation n'était pas encore terminée au moment de son entrée à l'hôpital. L'affection avait débuté par une douleur dans les cou-de-pieds avec gonflement du cou-de-pied droit, puis les articulations du membre supérieur avaient été envahies. La fièvre était devenue

très-vive, et à la visite du soir, le jour de l'entrée, le pouls battait cent douze fois par minute, ce qui, avec la chaleur vive de la peau et l'intensité des douleurs, détermina l'interne de service à pratiquer une saignée de 400 grammes, qui se couvrit d'une couenne épaisse.

Le 23 juin, le pouls était encore très-fréquent, à cent quatre, la peau très-chaude. Gonflement douloureux des deux poignets et du cou-de-pied droit. Douleur à la pression au niveau des deux genoux des doigts et des hanches. Bruit de souffle progressif évident au premier temps à la pointe du cœur. M. Aran lui prescrivit de la limonade, quelques cuillerées de bouillon et le mélange suivant :

Sel de nitre........................	5 grammes.
Digitale en poudre..................	1 gramme.

En six paquets, un toutes les quatre heures, dans du pain à chanter.

Dans la soirée, les douleurs avaient augmenté; on lui fit sur les articulations douloureuses une application d'alcool saturé de camphre qui apporta un grand soulagement. Le fait est que le lendemain 24, il y avait déjà de la diminution dans les douleurs articulaires, et cela sans qu'aucune articulation nouvelle fût envahie. Le pouls était descendu à quatre-vingt-huit ou quatre-vingt-douze, et le malade avait uriné abondamment; c'était même, avec le léger abaissement du pouls, le seul phénomène qui indiquât une influence quelconque du mélange sédatif. —Même traitement.

Le 25 juin, le pouls était descendu à soixante, et déjà, la veille au soir, il n'était plus qu'à quatre-vingts. L'action de la digitale se manifestait, en outre, par des irrégularités dans les pulsations; très-peu de douleurs articulaires. La quantité de nitre fut réduite à 2 grammes 50 et celle de la digitale à 0,75.

Cette diminution dans la quantité du médicament n'empêcha pas le malade d'avoir le lendemain des nausées et des vomissements; en même temps, le pouls était descendu à quarante-huit, avec des retards; autrement dit, l'influence de la digitale devenait de plus en plus évidente. En revanche, les douleurs articulaires avaient complétement disparu. — Traitement : sel de nitre, 1 gramme; digitale, 0,15, en quatre paquets.

Le 27 juin, la convalescence était parfaite sous le rapport des douleurs; il restait seulement quelques nausées, et le pouls était descendu à quarante. Par prudence, on continua encore le mélange, mais à dose plus petite : nitre, 0,50; digitale, 0,05, en une seule fois, le soir.

Le 28 juin, la convalescence se confirmait de plus en plus; les

symptômes gastriques avaient disparu. On cessa le nitre et la digitale.

Le 5 juillet, le malade sortait de l'hôpital, en parfaite santé.

En trois jours, comme on le voit, tous les phénomènes du rhumatisme ont disparu. C'est là un résultat fort remarquable, et qui ne serait pas acheté trop cher par quelques nausées et quelques vomissements. Nous savons que M. Guérard, à qui M. Aran a fait part de ses expériences, a obtenu, dans deux cas, des effets très-satisfaisants et une guérison rapide. C'est à l'expérience ultérieure à montrer ce que valent au juste ces tentatives nouvelles.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cataracte *traumatique guérie par l'application de la belladone.* Quoique parfaitement exact, le titre de cette observation n'en indique pas complétement la nature. Ce n'est pas, en effet, parce que la belladone a agi sur le cristallin, soit pour en éclaircir la transparence, soit pour en favoriser la résorption, que le malade a guéri, mais bien parce que, en dilatant la pupille, le médicament a favorisé le passage du cristallin luxé dans la chambre antérieure, et par suite, l'absorption définitive de la lentille cristalline. Voici du reste ce fait intéressant. Dans le courant de novembre 1850, M. Quadri fut appelé par un orfévre, âgé de dix-huit ans qui, s'étant heurté violemment au coude, tandis qu'il travaillait au chalumeau, s'était donné un coup à l'œil gauche. Il y avait huit jours que l'accident était arrivé : violentes douleurs de tête et graves convulsions, inflammation de la cornée, de l'iris et de la choroïde, cataracte traumatique; la vue était presque entièrement abolie. Sous l'influence des bains, du calomel, du tartre stibié, des sangsues, du collyre d'arnica et des frictions d'onguent de belladone sur le sourcil, les douleurs cessèrent et l'inflammation disparut. M. Quadri avait fait usage d'une pommade surchargée d'extrait de belladone, 12 grammes d'axonge et autant d'extrait, ce qui produisit une dilatation forcée de la pupille; on voyait, par suite, la cataracte dans toute son étendue et le cristallin luxé, ayant perdu sa nutrition, était presque atrophié. M. Quadri renvoya l'extraction du cristallin à un temps plus favorable et recommanda vivement l'usage de la belladone. Après quelques jours, le cristallin ayant perdu ses rapports et trouvant la pupille dilatée, tomba dans la chambre antérieure, où il fut rapidement absorbé; de sorte que vingt-deux jours après, il ne restait qu'une légère opacité sur la capsule postérieure, une petite cicatrice sur la cornée et une couleur violette tendre sur la sclérotique, suite de la choroïdite. La vue était un peu faible, parce que les nerfs de l'œil étaient affectés. Ayant eu l'occasion de revoir le malade quelque temps après, M. Quadri fut agréablement surpris de constater que l'œil avait repris son aspect naturel. (*Annales d'oculistique*, juillet.)

Conjonctivite granuleuse (*Bons effets de l'iodure de zinc dans la*). Les préparations de zinc sont certainement trop peu employées, et il est bien extraordinaire, qu'à part l'oxyde, le sulfate et le chlorure, on ne fasse aucun usage des autres sels à base de zinc. Ce que nous faisions dernièrement pour le tannate de zinc, en publiant le travail de M. Herpin, nous le faisons ici en appelant l'attention sur ce que dit un médecin de Philadelphie, M. Hays, de l'emploi de l'iodure de zinc dans la conjonctivite granuleuse. Frappé de l'efficacité remarquable de ce sel dans les gonflements chroniques des amygdales, ce médecin a eu l'idée d'essayer cette application dans un certain nombre de cas de conjonctivite ancienne et granuleuse, avec épaississement de la muqueuse, qui avaient résisté à divers moyens. Or, les résultats ont été tellement satisfaisants que ce médecin n'hésite pas à le recommander vive-

ment à l'attention de ses confrères. Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est que la dose de l'iodure de zinc en collyres est la même que celle du sulfate de zinc. (*Montreal med. Journal.*)

Fièvres pernicieuses (*Supériorité du quinquina sur le sulfate de quinine dans les*). C'est surtout dans le traitement des fièvres pernicieuses que l'on recommande principalement d'avoir recours au sulfate de quinine et que l'on célèbre à l'envi les louanges de ce médicament. Quoi de plus rationnel, en effet, que d'administrer un médicament qui représente sous un volume très-petit les principales propriétés médicamenteuses que l'on recherche ? Et cependant, quand on se trouve en présence de ces fièvres, surtout dans les pays où elles règnent endémiquement, on est tout surpris de voir que le sulfate de quinine donné seul, et quelle qu'en soit la dose, est insuffisant pour arrêter la marche d'une fièvre pernicieuse. Nous lisons dans une thèse de M. Gilles de la Tourrette, dont le père exerce la médecine à Loudun, en Poitou, que le quinquina doit être employé d'abord, puis le sulfate de quinine, quand l'accès est une fois coupé, comme auxiliaire ou préservatif contre la rechute. Mais ce sont souvent des doses énormes de l'un et de l'autre qu'il faut alors administrer, et nous voyons dans la même thèse des malades prendre 80, 130 et jusqu'à 160 grammes du quinquina en poudre en quelques jours, sans parler du sulfate de quinine ou du quinquina en décoction. La dose entre les accès varie entre 8 et 32 grammes, et comme la difficulté est grande pour faire avaler cette masse de médicament, M. de la Tourrette conseille de le donner en poudre impalpable, délayé dans l'eau ou dans du vin, ou mieux de faire un mélange de quinquina, de miel et d'eau, le tout très-liquide : le malade se lave la bouche avec de l'eau pure ou aromatisée, avale à larges gorgées le médicament et se lave de nouveau en se gargarisant, afin d'enlever le goût insupportable qui lui resterait sans cette précaution. Si la tolérance de l'estomac fait défaut, on agit sur le tube intestinal par des injections très-rapprochées de quinquina additionné de sulfate de quinine, et on utilise les ressources de la méthode endermique à l'aide de frictions faites avec l'alcool rectifié, saturé de sulfate de quinine, ou on emploie l'ammoniaque pour soulever l'épiderme et répandre sur la peau du sulfate de quinine. Dans la convalescence, usage soutenu et quelquefois interrompu de tisane de gentiane jaune (16 gr. en décoction dans un demi-litre d'eau) à prendre froide et sans être édulcorée ; une demi-tasse le matin à jeun et quelquefois à midi, ou 60 grammes d'infusion vineuse de gentiane et de sommités d'absinthe incisées, *a a* 16 grammes dans un litre de liquide, ou 30 grammes de vin de quinquina ou de vin de Séguin, le matin et à midi. Dans les convalescences lentes et difficiles, un moyen plus énergique est le vin amer ferrugineux, composé de : quinquina rouge concassé, baies de genièvre concassées, racine de gentiane jaune coupée *aa*, 16 grammes de sous-carbonate de fer porphyrisé lavé 45 grammes, en macération dans un litre de vin blanc vieux de très-bonne qualité, à prendre 45 gr. le matin à jeun. (*Thèses de Paris*, 1855.)

Fistule à l'anus (*Nouveau fait de) traitée avec succès par les injections d'iode et de perchlorure de fer*. Aux faits de ce genre que nous avons publiés dans ces derniers temps, nous sommes heureux de pouvoir ajouter ce qui a été consigné par M. Rul-Ogez dans un mémoire adressé à la Société de médecine d'Anvers. Ce fait a surtout de l'intérêt en ce que, tout en témoignant en faveur de l'iode, il montre cependant qu'on peut être obligé, à une certaine période, de le remplacer par un modificateur plus énergique. Dans cette observation, il s'agit d'un malade qui avait eu, vers la fin de 1853, à la marge de l'anus, un abcès qu'il traita lui-même au moyen de cataplasmes émollients. L'abcès s'ouvrit, suppura quelques jours, se referma spontanément, et le malade se crut guéri. Cependant, au mois de février suivant, il fit appeler M. Rul-Ogez pour une douleur atroce dans la fesse droite, qui était rouge, gonflée, distendue, et au niveau de laquelle il découvrit une fluctuation manifeste, mais assez profonde. Une ouverture faite aussi près que possible de l'anus donna issue à une quantité considérable de matière purulente fétide. Le lendemain, l'exploration de l'abcès au moyen de la sonde cannelée et du doigt introduit dans l'anus montra une dénudation de la paroi intestinale dans une assez grande étendue et à une assez grande hauteur. Les injections iodées furent commencées dans les premiers jours du mois de mars, avec la teinture d'iode pure, et répétées tous les deux

ou trois jours, pour laisser au modificateur toute sa puissance. Les premières injections furent suivies d'un peu de douleur, mais cette sensation diminua assez promptement, aussi bien que l'étendue de la collection et la sécrétion abondante qui avait lieu par la fistule et qui affaiblissait le malade. M. Rul-Ogez eut assez de peine à lutter contre la tendance extraordinaire de l'orifice externe de la fistule à se fermer avant que la cavité fût remplie; il y parvint néanmoins avec des cautérisations au moyen de la pierre infernale. Au bout d'un certain temps, la paroi intestinale s'était recouverte de bourgeons charnus, et dès lors il n'y eut plus de doutes sur la guérison. Cependant, vers le mois de juillet, la cavité fistuleuse tendant à s'oblitérer, notre confrère fit pendant quelque temps des injections avec une solution de nitrate d'argent, 0,50, pour 30 grammes d'eau distillée; ce moyen diminua beaucoup la profondeur du trajet fistuleux. Enfin, vers les derniers jours du mois d'août, la nature de l'injection fut encore changée, et l'iode remplacé par le perchlorure de fer en teinture, qui procura au bout de fort peu de jours une guérison complète, laquelle ne s'est pas démentie depuis.

M. Rul-Ogez a fait suivre cette observation de quelques réflexions sages, auxquelles nous ne pouvons que nous associer, au moins dans certaines limites : « On pourra objecter, dit-il, que ce traitement est passablement long : cela est vrai, mais il n'est pas douloureux, n'expose à aucun accident et est fort commode. En outre, il n'assujettit le patient à aucune privation; le mien n'a jamais rien retranché de ses habitudes professionnelles ui de son régime, faisant à chaque instant des absences de plusieurs jours, et ayant même été prendre les bains de mer durant le traitement. Il est donc probable que, dans la cure des fistules à l'anus, la méthode des injections est destinée à occuper une très-grande place, sinon même à détrôner toutes les autres. » (*Annal. de la Soc. de méd. d'Anvers*, avril et mai.)

Hémorrhoïdes *douloureuses; nouveau topique*. Nous lisons dans un rapport sur l'état de la médecine dans le canton de Zurich que le docteur Muller recommande l'application, sous forme de cataplasme, d'une décoction de *verbascum thopsus* dans du lait, sur les hémorrhoïdes douloureuses.

La pauvreté de la thérapeutique à cet égard nous engage à signaler l'assertion de ce médecin. (*Jahrsb. über die Verw.* et *Ann. de Roulers*, 2me liv. 1855.)

Huile de foie de morue (*Sur les difficultés que peut présenter l'administration de l'*), *et les moyens de la faire supporter par les malades*. On exagère généralement beaucoup trop les difficultés que l'on rencontre dans l'administration de l'huile de foie de morue. Tous ceux qui ont l'expérience de ce médicament savent au contraire que dans l'immense majorité des cas, cette huile est très-bien supportée. Il serait bien difficile même de dire, *à priori*, dans quels cas elle est absolument contre-indiquée, surtout s'il existe une disposition ou une maladie strumeuse. Souvent, les symptômes que l'on serait tout disposé à regarder comme devant s'aggraver disparaissent ou diminuent pendant son administration, de manière à surprendre et le malade et le médecin. Aussi chez des phthisiques la rougeur de la langue, les éructations acides, l'état bilieux, les nausées, la disposition aux maux de tête, les douleurs entre les épaules, un dégoût instinctif et des plus marqués pour la graisse et les aliments gras, tous ces symptômes trouvent souvent leur remède dans l'huile de foie de morue.

Les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'administration de l'huile de foie de morue sont au reste de quatre espèces : 1° ou bien la difficulté tient au goût nauséeux de l'huile, et dans ce cas c'est par l'administration de l'huile pâle, c'est en voilant de diverses manières l'odeur qui lui est propre, qu'on arrive à la faire supporter. Ainsi, on peut la faire prendre dans une tasse de café très-fort, de vin de gingembre, d'infusion de quassia amara, et même encore dans une potion de quinine avec addition de teinture d'écorce d'orange (4 grammes). On peut encore la donner dans une tasse de lait très-chaud, de manière à voiler le goût par la température élevée du liquide. On peut aussi, avant d'avaler l'huile, émousser la sensibilité de la bouche en tenant dans celle-ci une petite cuillerée de confiture ou de marmelade de groseille. Enfin, on se trouve souvent très-bien de fermer les narines au moment de prendre l'huile. 2° Ou bien l'huile donne lieu à des maux de cœur et est rejetée rapidement par le vomissement. Il y a plusieurs manières de remédier à cette

difficulté, plus particulièrement l'emploi des amers. L'acide cyanhydrique et le sous-nitrate de bismuth, administrés pendant trois jours avant de commencer l'huile et continués pendant son emploi, réussissent le plus généralement. On doit engager les malades à prendre une croûte de pain ou un biscuit, et à avaler l'huile dans un peu d'eau très-froide. Si cela échoue, l'huile sera donnée, le malade étant couché, une heure ou deux avant de se lever le matin, ou le soir en se couchant. 3° Il est des cas dans lesquels l'huile ne peut être digérée; ils sont assez nombreux et assez importants. Les malades se plaignent d'une grande répugnance pour l'huile, qui leur donne des maux de cœur pendant plusieurs heures; ils disent que tout ce qu'ils prennent a goût d'huile, et qu'ils ont entièrement perdu l'appétit. Il y a souvent des attaques bilieuses, et chaque semaine, pendant un jour ou deux, la répugnance du malade est telle qu'elle est insurmontable. Si l'on s'entête dans ces circonstances, l'huile fait plus de bien que de mal. On parvient cependant encore, dans quelques cas, à la faire supporter en donnant aux organes digestifs une attention convenable, et le journal anglais auquel nous empruntons ce qui précède donne la formule d'une mixture préparée avec rhubarbe 12 grammes, gingembre 8, gentiane 15, que l'on coupe en petits morceaux, et que l'on fait infuser douze heures, en un endroit frais, dans un litre d'eau pure, avec addition de 100 grammes de carbonate de soude. Cette mixture se prend à la dose d'un petit verre à liqueur, trois fois par jour, en y ajoutant suivant les cas ou un parégorique s'il y a de la toux, ou de l'acide hydrocyanique s'il y a nausées, ou une petite quantité de teinture de gentiane, de columbo ou de houblon s'il y a signe d'atonie. En faisant précéder l'huile de l'emploi de cette mixture et en continuant pendant son administration, on peut réussir à la faire supporter dans des cas où l'on a échoué à diverses reprises. 4° Enfin il peut arriver que l'huile, prise sans difficulté, ne soit pas supportée en quantité convenable et ne fasse pas grand bien. C'est ici qu'il convient d'insister sur l'emploi des toniques, tels que le sulfate de quinine, le sesquichlorure de fer, les acides minéraux dans les infusions de quassia, etc. (*Medical Times and Gaz.*)

Manie aiguë (*Nouveau [fait à l'appui de l'emploi de l'opium dans la]*). On néglige beaucoup trop de nos jours, en France, l'emploi des narcotiques dans le traitement des maladies mentales. C'est donc un véritable service qu'a rendu, il y a quelques années, M. Michéa, en réhabilitant quelques-uns de ces agents pharmaceutiques, et en particulier la jusquiame dans le traitement de la folie. Un fait qui s'est passé, il y a quelques mois, dans le service de M. Baillarger, montre les bons résultats qu'on peut attendre de l'opium à dose élevée dans cette affection. Depuis deux ans que le savant médecin de la Salpêtrière a recours à l'opium, si ce médicament n'a pas eu toujours pour effet d'amener une amélioration rapide, M. Baillarger n'a pas vu du moins dans les cas les plus favorables que la durée de la maladie en fût augmentée, et dans plusieurs, au contraire, il en a obtenu les plus heureux résultats. Voici maintenant le fait auquel nous avons fait allusion plus haut.

Une jeune fille de dix-neuf ans fut conduite à la Salpêtrière le 18 mars dernier, avec tous les signes d'une manie aiguë. Elle ne dormait pas, criait, menaçait, et une très-grande incohérence régnait dans ses paroles. Elle avait alors ses règles. On commença immédiatement l'administration de l'opium à la dose de 5 centigrammes. Au bout de quatre jours, la malade prenait 15 centigrammes, le tout en une seule dose, à huit heures. Des vomissements, qui survenaient le matin et quelquefois dans la journée, forcèrent de suspendre le médicament. L'agitation et l'insomnie avaient persisté, à part une nuit ou deux assez calmes. Quelquefois, après une nuit agitée et sans sommeil, on la trouvait dormant le matin. Après cinq jours d'interruption, l'opium fut repris le 1er avril et porté en quelques jours à la dose de 15 centigr. On obtint ainsi des nuits meilleures, et le matin surtout, la malade était presque constamment assoupie. L'agitation recommençait ordinairement vers onze heures du matin; dès le 15, on put cesser l'emploi d'une camisole de force. Le 20, la jeune malade commença à travailler un peu. La dose d'opium fut alors diminuée et le retour de l'agitation n'eut pas lieu.

Cette amélioration ne fut pas cependant de longue durée, et au commencement de mai, l'agitation reparaissant, on augmenta la dose d'opium, qui fut bientôt portée à 18 centigrammes. Le 10 mai, le calme était déjà graduel-

lement revenu, et le 15 la malade faisait elle-même sa chambre et travaillait un peu à la couture dans la journée. Le mieux devint de plus en plus prononcé, et le 25, l'opium, qui avait été porté à la dose de 20 centigrammes, fut réduit à 12. A la fin du mois de mai, les règles, suspendues depuis deux mois et demi, reparurent et durèrent cinq jours. L'abondance de l'écoulement fut telle qu'on dut laisser la malade couchée. L'agitation redevint de nouveau très-violente; on fut obligé d'employer la camisole de force. La malade criait, injuriait les personnes qui l'entouraient et cherchait à les frapper; son délire était général. L'opium fut porté à 20 centigrammes Le calme ne reparut que le 15 juin environ; la malade put de nouveau être laissée libre et recommença bientôt à travailler Depuis ses règles, elle était restée faible et amaigrie. Dès le 10 juin, on la mit à l'usage du fer et du vin de quinquina, tout en continuant l'opium Les règles reparurent le 20 assez fortes, mais beaucoup moins qu'au commencement du mois. Il y eut quelques moments d'agitation, mais à un faible degré. La malade continuait à prendre 20 centigr. d'opium, et dès le 24, l'équilibre était presque entièrement rétabli. Depuis ce moment, le calme a été en augmentant. La malade est sortie guérie le 20 juillet; ses règles avaient reparu le matin, sans aucune insomnie, ni aucune tendance à l'agitation. Dans son traitement de deux mois et demi, elle n'avait pris que sept ou huit purgatifs et quelques bains assez courts. (*Gazette des hôpitaux*, août.)

Névrome *du plexus brachial extirpé avec succès*. Les faits d'extirpation de névromes, sans intéresser la continuité des nerfs, semblent se multiplier et doivent faire naître l'espérance de voir cette affection, considérée généralement comme si grave, rangée définitivement parmi celles qu'il est facile d'attaquer très-simplement et sans avoir à craindre de conséquences fâcheuses. M. le docteur Barrier, de Lyon, vient, par exemple, de faire connaître un cas très-curieux de ce genre sur une femme de trente-quatre ans, qui portait à la partie supérieure du triangle inféro-postérieur du cou une tumeur du volume d'une noix, dure, non adhérente à la peau, mais légèrement mobile, et donnant à la pression une douleur vive, qui se propageait sur le trajet du nerf médian, jusqu'aux trois derniers doigts, avec fourmillements et engourdissements. Il y avait six mois seulement que la malade avait découvert par hasard cette tumeur sur la partie latérale du cou; mais depuis des années elle souffrait d'une douleur vive dans le bras gauche, principalement pendant la nuit, et cette douleur, d'abord mal limitée, qui n'empêchait pas le libre mouvement du bras, avait fini par augmenter, en même temps que le bras maigrissait. M. Barrier, ayant reconnu un névrome en rapport intime avec le plexus brachial, procéda à son extirpation le 11 juillet. La malade, rendue insensible au moyen de l'éther, fut couchée sur le dos, le corps et la tête inclinés vers le côté droit; une incision fut faite parallèlement au muscle sterno-mastoïdien, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur; la veine jugulaire mise à nu fut refoulée en dedans; un petit nerf, qui croisait la tumeur, fut coupé à sa partie supérieure, puis à l'aide d'une dissection attentive, celle-ci fut séparée des troncs nerveux auxquels elle était accolée. Elle était très-intimement unie à un tronc nerveux situé en arrière, probablement au nerf médian. Aussitôt qu'elle fut détachée des nerfs, rien ne fut plus facile que d'achever de la séparer du tissu cellulaire qui lui servait d'enveloppe. Il y eut très-peu d'hémorrhagie; deux ligatures et un peu de charpie dans la plaie suffirent à l'arrêter. Le lendemain, il y eut un peu de fièvre, la tête était inclinée à droite et ne pouvait être changée de position sans douleur. Le pouls était presque insensible. Le 14, la suppuration était pleinement établie et le pus glissait le long du plexus brachial. Les jours suivants, la suppuration diminua; mais les douleurs continuaient. Le 28, la plaie était cicatrisée; tous les mouvements du bras et du cou pouvaient être exécutés facilement; il restait seulement un peu d'engourdissement dans le bras. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Staphylôme *partiel de la cornée* (*Traitement du*) *par l'excision.* Inciser la cornée pour vider l'œil, telle est, en définitive, la seule ressource que possède l'ophthalmologie, aussi bien pour le staphylôme partiel que pour le staphylôme général de cette membrane. Ne pourrait-on pas profiter de cette incision nécessaire de la cornée pour réséquer un lambeau de cette membrane, et rendre à la cornée les dimensions et la forme qu'elle avait avant

la maladie? Telle est la question qu'Alexandre Quadri s'était posée et qu'il avait résolue avec succès par l'opération dont l'observation suivante fournit un bel exemple :

Une petite fille de six ans, d'un tempérament lymphatique, fut affectée, dans le mois de mai 1853, d'une grave ophthalmie scrofuleuse de l'œil gauche. Après deux mois de souffrance, il en résulta, vers la partie inférieure et interne de la cornée, un staphylôme qui s'augmenta petit à petit, jusqu'à ce que la pupille en fût recouverte et que la vue se perdît. Une grande irritation se manifesta dans l'œil, accompagnée de douleurs pendant la nuit, le long des nerfs de la cinquième paire, de sorte que les parents vinrent demander les secours de l'art. Les moyens résolutifs, les sangsues, le laudanum, ayant échoué, M. Quadri proposa d'abattre le staphylôme pour calmer les souffrances; mais comme il s'étendait jusque sur la pupille et qu'il ne restait de transparent que le tiers de la cornée, ce chirurgien annonça que la vue ne pourrait jamais se rétablir et qu'il opérait seulement dans le but de calmer les douleurs. La petite malade ayant été éthérisée, la cornée fut traversée avec un couteau, comme pour l'opération de la cataracte. La cornée était tellement amincie, qu'après l'incision cette membrane s'affaissa et que le staphylôme disparut entièrement. M. Quadri saisit néanmoins le lambeau avec des pinces et en enleva une partie, qu'il tâcha de rendre semilunaire. L'œil fut fermé avec du taffetas d'Angleterre; diète, repos. La nuit et le jour suivant l'opérée fut très-tranquille; les douleurs avaient disparu. Le troisième jour, le même calme continuant, l'œil fut entr'ouvert, et on trouva que l'inflammation avait diminué et se bornait aux paupières, qui, par leur gonflement, exerçaient une compression très-utile dans cette circonstance. A la base du staphylôme, on remarquait une perte de substance de forme circulaire, comme un ulcère de la cornée, entourée d'une auréole blanchâtre; l'œil fut fermé soigneusement, et le reste fut abandonné à la nature. Après dix-huit jours, le 26 novembre 1853, l'œil fut rouvert; la cicatrice était achevée. La cornée était peut-être trop plate, en comparaison de celle de l'autre œil; la portion supérieure, qui était demeurée transparente, était descendue vis-à-vis la pupille, de sorte que la malade commençait à y voir, après quelque temps, et grâce à l'emploi du laudanum. La cornée s'est éclaircie aux alentours de la cicatrice, et la pupille s'est trouvée recouverte d'une portion de cornée complétement transparente, de manière que la vue est devenue parfaite. Il ne resta qu'une synéchie antérieure, qui empêcha les mouvements pupillaires vers la partie inférieure.

M. Warlomont a pratiqué, à ce qu'il paraît, l'opération de M. Quadri avec le même succès dans deux cas de staphylôme partiel. Dans le premier, staphylôme considérable de la partie inférieure de la cornée, avec conservation d'une légère transparence du segment supérieur; l'ablation d'un lambeau a restitué à la cornée sa convexité et sa forme à peu près normales. Dans le second, profitant des enseignements fournis par le précédent essai, le succès a été plus complet encore. M. Warlomont fait remarquer que la perte de substance à pratiquer à la cornée doit être, en général, beaucoup moins considérable que les besoins de la correction de la difformité ne sembleraient devoir le demander, sous peine de voir la convexité de la cornée rester audessous de l'état normal. Du reste, cette opération, qui est un peu délicate et qui réclame l'anesthésie du sujet, surtout chez les enfants, est très-simple dans ses suites; la cicatrisation est complète en quelques jours et ne laisse que des traces légères. M. Warlomont se demande, par conséquent, pourquoi l'on n'appliquerait pas cette opération au staphylôme transparent de la cornée : seulement, d'après lui, l'excision devrait alors être faite sur le côté externe, parce que là la présence de la cicatrice et le tiraillement de la pupille auraient relativement des inconvénients beaucoup moindres. (*Annales d'oculistique*, juillet.)

Variole (*Traitement de la*) *par les purgatifs*. Il y a tant d'imprévu dans la marche des fièvres éruptives, et l'on est si peu sûr qu'une de ces fièvres abandonnée à elle-même suivra ou non une marche favorable, qu'il n'est pas étonnant que les médecins aient toujours été à la recherche de moyens propres à simplifier la maladie, à en transformer le caractère et à en abréger le cours. Pour la variole, par exemple, les uns, et c'est le plus grand nombre, les plus sages peut-être, ont pensé avec Sydenham que moins on ferait, moins on troublerait la maladie, et plus il y aurait lieu d'espérer une terminaison favorable. D'autres, au

contraire, ont penché vers l'emploi des moyens perturbateurs, et c'est ainsi qu'on a vu tour à tour recommander les émissions sanguines et les purgatifs. Mais en ce qui touche les émissions sanguines, les résultats ont été généralement assez peu satisfaisants pour ne pas engager les médecins à persévérer dans une pareille voie. A part des indications bien tranchées, on ne voit plus de nos jours mettre en usage les émissions sanguines générales ou locales. En est-il de même des purgatifs ? Ce que nous pouvons dire tout d'abord, c'est que les purgatifs ne présentent pas à beaucoup près dans la variole les mêmes dangers que les émissions sanguines. La constipation est un état presque constant au début de la maladie, le rétablissement des fonctions intestinales ne peut donc qu'être favorable. Mais y a-t-il lieu de procéder systématiquement à l'emploi des purgatifs, de les continuer avec persévérance pendant toute la durée de la maladie pour éteindre ou affaiblir les symptômes précurseurs, diminuer la confluence de l'éruption, régulariser la suppuration et empêcher la production des accidents graves qui se montrent à cette époque, etc. ? Telle est la question qui vient d'être reprise par M. Gorlier, de Rosny, et traitée par lui avec des faits nombreux, dont l'autorité nous semble bien moindre que ne le pense l'auteur. Ce qui paraît avoir causé l'erreur de notre confrère, c'est qu'il attribue à la médication ou bien la non-confluence, ou bien la non-transmission à des sujets sains, comme si la confluence était exactement en rapport avec les symptômes généraux, comme si la variole devait inévitablement se transmettre à tous ceux qui entourent les varioleux. Mais ce qui est certain en même temps, c'est que malgré l'énergie donnée par l'auteur à sa médication, il n'est survenu aucun accident, et cette particularité mériterait, par conséquent, que les purgatifs fussent essayés sur une assez grande échelle et dans des conditions variées, pour savoir définitivement à quoi s'en tenir sur leur valeur réelle dans la variole. (*Union méd.*, juillet.)

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — DU CADRE-HAMAC ; NOUVEAU MODE DE COUCHAGE A L'USAGE DES ENFANTS A LA MAMELLE.

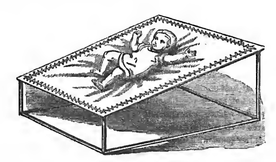
Le coucher des enfants à la mamelle constitue une partie importante de leur hygiène, et nous ne pouvons qu'applaudir aux efforts des hommes qui s'appliquent à y apporter de sérieuses améliorations.

Le mode de couchage habituellement employé pour les enfants en bas âge présente, il faut en convenir, d'assez graves inconvénients. Les sommiers de crin et de laine, par exemple, s'imprègnent facilement des produits excrémentitiels du nouveau-né. Les sommiers de zostère, de fougère, de feuilles desséchées, pourrissent très-vite par la même cause. De plus, la surveillance des enfants couchés dans les berceaux ordinaires est très-difficile, en ce sens qu'on ne peut à chaque instant vérifier si l'enfant a satisfait à ses besoins naturels. Enfin, l'impossibilité de sécher et de nettoyer à fond les sommiers sur lesquels on couche habituellement les enfants à la mamelle est une cause évidente d'insalubrité et par suite de maladies, non-seulement dans les établissements hospitaliers, mais encore dans les maisons particulières.

C'est pour remédier à ces divers inconvénients que M. Henriette, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles, a imaginé le cadre-hamac. La construction en est très-simple, comme on pourra en juger par la figure que nous donnons page suivante.

Il se compose d'un bâti en fer et d'une petite toile hamac. Le cadre inférieur du bâti, ou la base du berceau, forme un carré long construit en fer plat. De chacun des quatre coins s'élèvent des petits montants en fer rond. Deux de ces montants ont 35 centimètres de hauteur, les deux autres n'ont que 25 centi-

mètres, de sorte que toute surface qui repose sur eux forme un plan incliné de 7 à 8 degrés à l'horizon. A l'extrémité de ces montants se trouve adapté un cadre supérieur en fer rond, que l'on enveloppe d'une forte toile, de manière à ménager une bordure intérieure de 2 centimètres environ. Cette bordure est garnie d'œillets dans toute son étendue.



La toile carrée que l'on attache au cadre supérieur du bâti est également garnie d'œillets en nombre égal à celui de la bordure. L'assemblage se fait au moyen d'un lacet qui traverse alternativement la toile et la bordure exactement comme les œillets opposés d'un corset. Il convient de ménager la tension de la surface de manière à ne pas lui enlever toute élasticité et à ne pas lui permettre de faire le moindre pli.

Cet appareil, aussi simple qu'ingénieux, présente pour le coucher des enfants à la mamelle un certain nombre d'avantages que nous allons rapidement énumérer.

1º Il dispense des sommiers, des coussins, des paillasses en paille hachée, en balle d'avoine, en crin, en fougère, etc., qui s'altèrent, se corrompent, s'imprègnent des produits excrémentitiels et deviennent des espèces de foyers miasmatiques.

2º Il est d'une aération, d'un nettoiement et d'un renouvellement faciles. Avec une toile-hamac de rechange, on peut arriver à un degré de propreté très-satisfaisant. Si l'on n'a pas une toile de rechange, il suffit de laver chaque jour à grande eau le cadre-hamac, soit en le plaçant sous le robinet d'une pompe, soit avec une brosse, du savon et de l'eau. La toile sèche très-promptement.

3º La toile hamac, fixée au cadre supérieur par ses quatre bords, n'est pas sujette à des déplacements et ne peut former des plis qui, s'imprimant dans la chair des enfants, leur causent des douleurs plus ou moins vives, comme cela arrive quand on se sert de draps pour recouvrir les paillasses dans le berceau ordinaire. Bien plus, par la tension que le corps lui impose, elle ne peut déterminer aucune compression locale. Quand l'enfant est couché sur le dos, les membres reposent uniformément; les épaules et les fesses, que l'on croirait de prime abord devoir être, par les saillies qu'elles forment, plus comprimées que les lombes, le sont au même degré que toutes les régions en contact avec le tissu. On reste convaincu de ce fait en voyant l'empreinte que le corps laisse sur la toile. Les saillies, comme les anfractuosités du corps de l'enfant, y sont dessinées de telle sorte qu'on ne peut admettre que la compression de certaines régions soit plus forte que celle des autres.

4º Le cadre-hamac dispensant d'oreillers, de coussins, de sommiers, de cou-

vertures, etc., permet la libre circulation de l'air autour du corps de l'enfant et prévient ainsi la stagnation des miasmes résultant de l'imprégnation de toutes les pièces du berceau ordinaire par les produits excrémentitiels.

Nous venons de faire ressortir les avantages du cadre-hamac. Il nous reste à en signaler les inconvénients, dont quelques-uns, du reste, paraissent avoir été entrevus par l'inventeur.

1° De son aveu, le berceau ordinaire est préférable au cadre-hamac pour les enfants au-dessous de deux mois. Au-dessus de douze mois le cadre-hamac ne trouve plus son application; car, lorsque les enfants peuvent se redresser et se mettre sur leur séant, ils courent le danger de perdre l'équilibre, de rouler à terre ou de se heurter la tête contre le cadre de fer. L'emploi du cadre-hamac se trouverait donc limité à une période très-courte de l'existence des jeunes enfants, soit huit ou dix mois.

2° Le cadre-hamac est insuffisant pour entretenir la chaleur nécessaire autour du corps des enfants à la mamelle; car toute la partie postérieure du corps n'étant séparée de la couche d'air ambiant que par l'épaisseur de la toile hamac, il doit en résulter pendant le sommeil des enfants une déperdition considérable de calorique par suite de laquelle peuvent survenir des phlegmasies plus ou moins graves. La nécessité de maintenir le corps des jeunes enfants dans une température douce et convenable, surtout durant le sommeil, est un fait trop bien établi aujourd'hui par les travaux de M. Hervieux sur l'algidité progressive des nouveau-nés, pour que nous ayons besoin de faire ressortir à ce point de vue les inconvénients du cadre-hamac.

Ces critiques, dont nous avons puisé les éléments dans le mémoire même de M. Henriette, n'empêchent pas que le cadre-hamac ne soit une invention bonne et utile, si, au lieu de le considérer comme un mode de couchage destiné à remplacer définitivement les berceaux ordinaires, on restreint ses applications à quelques cas particuliers.

Selon nous, le cadre-hamac sera un excellent lit de repos pour les enfants du premier âge, mais qui ne pourra servir que pendant le jour et pendant la belle saison; pendant le jour, parce qu'on sera à même de surveiller leurs mouvements et de prévenir leurs chutes; pendant la belle saison, parce que l'air circulant librement autour du corps de l'enfant lui procurera une fraîcheur salutaire.

Nous avons signalé, dans un de nos derniers numéros, l'apparition du choléra en Espagne et en Italie; à ces localités, premièrement envahies, nous devons ajouter l'Autriche, la plupart des petits États allemands, la Belgique et la Prusse. Le fléau oriental paraît cheminer cette fois du sud au nord. Des nouvelles récentes, que nous recevons des départements du Haut et du Bas-Rhin, nous apprennent que les limites orientales ne sont pas épargnées. A ces renseignements, nous devons ajouter que pendant cette dernière quinzaine l'état sanitaire de Paris s'est modifié d'une manière fâcheuse. Le 13 août, un premier cas de choléra, qui s'est terminé par la mort, a été observé à la Charité; depuis ce jour, le nombre des attaques a été croissant, et le 26, on comptait 73 attaques dans les hôpitaux situés sur la rive gauche de la Seine et 35 décès. Est-ce le début d'une épidémie nouvelle? Nous espérons encore que non. Mais dans les circonstances actuelles, en présence de l'affluence, tous les jours croissante, des étrangers, nous avons cru devoir prévenir nos confrères de la province de l'état de la santé publique de la capitale.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur des émissions sanguines dans l'hémoptysie, et de l'emploi des hémostatiques, en particulier du nitre associé à la digitale, dans le traitement de cette hémorrhagie.

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Il est de ces pratiques thérapeutiques tellement consacrées par le temps et par l'autorité de nos devanciers, que les mettre seulement en doute, c'est s'exposer presque certainement à être accusé de témérité. Quelle pratique mieux établie dans la science, par exemple, que l'emploi des émissions sanguines générales dans les hémorrhagies, et, en particulier, dans l'hémoptysie ? Saigner, et saigner largement, tel est le principe inscrit au frontispice de la partie thérapeutique dans tous les articles sur l'hémoptysie. Auteurs de traités de pathologie, auteurs d'ouvrages spéciaux, tous sont d'accord sur ce point qu'il faut saigner les malades. Pas d'autre divergence que sur l'abondance à donner à ces émissions sanguines, sur le nombre qu'il convient d'en pratiquer ; et les plus hardis se bornent seulement à en contester l'utilité dans les hémoptysies déjà anciennes et ayant produit un affaiblissement plus ou moins considérable. Le préjugé populaire, Graves l'a fait remarquer avec justesse, vient malheureusement soutenir le médecin dans cette voie, lui forcer même la main ; car les gens du monde pensent aussi qu'il faut saigner, et saigner encore, toutes les fois que le crachement de sang se reproduit.

Quel est cependant le médecin qui n'a été frappé, dans certains cas, des effets fâcheux, des tristes conséquences des émissions sanguines? Eh bien ! c'est précisément parce que, dans ces dernières années, il m'a été donné d'observer dans la pratique hospitalière, et surtout dans la pratique civile, des exemples vraiment affligeants en ce genre ; c'est parce que j'ai vu des malades, réduits par les émissions sanguines à un état de faiblesse irremédiable, livrés sans défense aux atteintes de maladies intercurrentes, dont il eût été facile de se rendre maître en toute autre circonstance, que j'ai été conduit à examiner la valeur des émissions sanguines dans l'hémoptysie, et que je suis arrivé à me convaincre, non-seulement que les émissions sanguines ne sont pas toujours indispensables, qu'elles trouvent, au contraire, très-rarement leur indication ; mais encore qu'elles sont fort souvent dangereuses, et qu'elles peuvent être remplacées avec avantage par un assez grand nombre de moyens dont j'essayerai de fixer la valeur et, en particulier, par l'association de deux agents thérapeutiques, tous deux vantés isolément dans cette affection, le nitre et la digitale.

En voyant depuis tant de siècles les émissions sanguines recommandées dans l'hémoptysie, on se demande naturellement sur quelles bases dogmatiques ou expérimentales repose un pareil précepte. Recherche bien décevante, hélas! car, en remontant à son origine, on est tout surpris de se trouver en présence d'assertions sans preuves, de démonstrations à faire ; je me trompe, en présence d'assertions déjà renversées depuis longtemps, de démonstrations impossibles.

C'est évidemment de la doctrine de la dérivation et de la révulsion que descend en ligne directe cet emploi des saignées dans l'hémoptysie. En ouvrant largement la veine, on se proposait d'entraîner le sang dans une direction différente de celle qu'il affecte dans l'hémoptysie, et on voulait transformer ainsi une hémorrhagie spontanée en une hémorrhagie artificielle, dont il était facile ensuite de se rendre maître. Que le raisonnement ait conduit à cette pratique, à une époque où les lois de la circulation du sang étaient encore inconnues, nous sommes de l'avis de Pierre Frank, cela est possible ; mais ce grand médecin avait trop d'expérience pour n'avoir pas été frappé des inconvénients et des dangers d'une pareille pratique, plus applicable à une machine hydraulique qu'à l'économie vivante. «La centrefluxion qu'on établit par ce moyen, dit-il, ne détruit pas toujours la fluxion. Souvent le sang coule des deux côtés, ou du moins l'hémorrhagie continue après la saignée. » C'est que c'est là ce qui arrive le plus fréquemment : la saignée ne suspend pas l'hémoptysie, ou si celle-ci s'arrête, par le fait d'une syncope, par exemple, cette suspension n'est rien moins que définitive, et c'est ainsi qu'on peut se trouver entraîné à réitérer deux et trois fois la saignée en vingt-quatre heures, comme nous l'avons vu récemment. Encore, si les auteurs étaient assez logiques pour recommander de pousser la saignée jusqu'à la syncope, de chercher par tous les moyens à obtenir celle-ci, nous comprendrions que cette pratique pût avoir quelques avantages dans certaines circonstances ; mais effrayés, pour la plupart, des conséquences ultérieures des pertes sanguines, ils cherchent, au contraire, instinctivement, à atténuer ce que leur semble offrir de dangereux la pratique qu'ils recommandent, soit en proposant de ne faire que de petites saignées, soit en restreignant, en rétrécissant, autant que possible, la base sur laquelle ils font reposer l'indication des émissions sanguines.

Certes, si la saignée n'était jamais pratiquée dans l'hémoptysie que dans les circonstances indiquées par les auteurs, et, en particulier par Pierre Frank : chez des sujets jeunes, dans la fleur de l'âge, robustes, pléthoriques, à la suite de la suppression d'une excrétion

sanguine, d'un exercice violent, de l'abus des substances spiritueuses ou dans le cas d'état fébrile, avec forte action cardiaque, il est probable qu'elle n'aurait pas, en général, de grands inconvénients, qu'elle pourrait même présenter des avantages, dans certains cas. Mais ces caractères particuliers se retrouvent fort rarement au lit du malade. Les sujets hémoptoïques ne sont pas, pour la plupart, forts et robustes; et quant aux hémoptysies produites par la suppression d'une excrétion sanguine, d'un exercice violent, de l'abus des boissons spiritueuses, ce sont de telles raretés dans le champ des hémoptysies que l'on pourrait exercer la médecine pendant plusieurs années avant d'en rencontrer un certain nombre d'exemples. Les nécessités de la pratique l'emportent malheureusement sur la précision des indications. En présence d'une hémoptysie, le médecin croit devoir agir, et il s'adresse au moyen qu'il croit le plus puissant, à celui qu'il regarde, à tort ou à raison, comme le meilleur, à la saignée générale, qu'il répète un certain nombre de fois, suivant que l'hémorrhagie résiste ou se reproduit.

Or, cet abus des saignées, toujours fâcheux dans les circonstances ordinaires, emprunte encore un degré de gravité de plus à l'association si fréquente de l'hémoptysie à la phthisie pulmonaire, dont elle marque trop souvent le début. Quelle peut être l'influence des émissions sanguines répétées dans ces derniers cas? Evidemment dangereuse, sinon funeste; elles ajoutent à la faiblesse du malade, elles lui enlèvent un sang riche et réparateur qu'il lui sera difficile, pour ne pas dire impossible, de recouvrer dans les conditions de sa richesse antérieure. Les inconvénients et les dangers des saignées dans la phthisie pulmonaire ont été signalés, du reste, par tous ceux qui se sont occupés en France du traitement de cette maladie. M. Louis, sous la grande autorité duquel je suis heureux de m'abriter, n'exclut pas complétement, à la vérité, la saignée chez les sujets qui conservent une certaine force, qui ont un certain embonpoint; mais il ajoute immédiatement « qu'on y a recours trop « souvent sans succès et que, au contraire, chez les malades d'une « constitution faible ou affaiblie par la maladie, la saignée peut avoir « des inconvénients graves.» M. Bricheteau est plus explicite encore; il repousse complétement les émissions sanguines, et si je puis parler de ce que j'ai observé moi-même, je dirai que depuis plusieurs années que je suis attaché aux hôpitaux de Paris, je n'ai jamais été obligé de recourir à la saignée pour arrêter une hémoptysie, pas plus dans la phthisie pulmonaire que dans toute autre circonstance.

Ainsi donc, au point de vue dogmatique, l'emploi des saignées

dans l'hémoptysie ne repose sur aucune base solide; au point de vue expérimental, à part quelques circonstances exceptionnelles encore mal déterminées, les émissions sanguines ne sont presque jamais utiles; elles n'arrêtent pas l'hémoptysie, ou lorsque celle-ci se suspend, elles ne mettent pas à l'abri du retour de l'hémorrhagie dans un temps très-rapproché, et l'emploi répété des émissions sanguines plonge les malades dans un état de faiblesse qui ne leur permet pas de résister aux influences morbides intercurrentes. Il me reste maintenant à remplir la seconde partie de ma tâche, à montrer que la thérapeutique possède de nombreux agents d'une efficacité éprouvée et presque certaine, à préciser ceux dans lesquels on peut avoir la plus grande confiance, à faire connaître enfin les circonstances dans lesquelles on peut s'adresser plutôt aux uns qu'aux autres.

Bien que j'aie soumis à l'expérimentation tous les agents thérapeutiques dont je vais parler maintenant, il va sans dire que mon expérience est bien plus grande pour quelques-uns d'entre eux, de sorte que la préférence que je professe pour un certain nombre de ces derniers ne juge pas entièrement la question pour les autres qui n'ont pas été entre mes mains l'objet d'expériences assez étendues et assez suivies.

Dans le traitement de l'hémoptysie, comme de la plupart des autres affections, la notion de nature occupe sans doute une grande place, mais cette notion s'efface cependant devant une indication plus urgente, celle tirée de l'abondance et de la répétition de l'hémorrhagie. Le fluide sanguin a une si grande importance pour la conservation de la vie, que suspendre complétement l'écoulement par les moyens les plus rapides dans leurs effets est dans toutes les hémoptysies un peu abondantes l'indication de premier ordre; c'est même dans la rapidité plus ou moins grande avec laquelle les hémostatiques arrêtent l'hémoptysie qu'il faut surtout chercher, dans notre opinion, les raisons déterminantes du choix à faire entre ces divers moyens.

Au point de vue clinique, les hémoptysies doivent être divisées en peu abondantes, abondantes et très-abondantes.

Les hémoptysies peu abondantes, surtout lorsqu'elles ne se prolongent pas, réclament rarement des moyens actifs : le repos du corps et de l'esprit, dans un air frais, le silence absolu, des boissons fraîches, la diète, tout au plus quelques sinapismes promenés sur les extrémités, des maniluves ou des pédiluves chauds; en voilà autant qu'il faut pour se rendre maître de ces petites hémoptysies. Beaucoup de malades qui y sont sujets et qui connaissent leur marche habituelle ne font pas appeler le médecin. Cette forme d'hémoptysie s'ob-

serve assez souvent dans la phthisie pulmonaire. Lorsque ces hémoptysies se prolongent, elles rentrent dans la classe des hémoptysies qui suivent, sauf que ces hémorrhagies peuvent être attaquées par les moyens les moins énergiques dont nous disposons contre cette classe d'hémoptysies.

Les hémoptysies abondantes réclament toujours, à notre avis, une intervention médicale active. Ce n'est pas que ces hémorrhagies ne puissent s'arrêter d'elles-mêmes, à l'aide des moyens très-simples que nous venons d'indiquer, et, soit dit en passant, cette instabilité dans l'apparition et la disparition des hémoptysies a conduit trop souvent à admettre l'efficacité contre cette hémorrhagie de moyens au moins douteux, sinon entièrement nuls; mais il y a un tel danger dans la continuité de la perte de sang que nous ne pensons pas qu'un praticien prudent puisse rester inactif en présence d'un pareil accident. Des moyens nombreux et variés se présentent ici au choix du médecin. Pour mettre un peu d'ordre dans leur étude, sans attacher bien entendu à cette division une importance qu'elle n'a pas, en présence surtout des effets complexes de beaucoup de ces moyens, nous les répartirons en quatre groupes; ceux que nous appellerons les hémostatiques proprement dits, les astringents, les nauséeux et vomitifs, et les sédatifs du système circulatoire.

Les substances résineuses, le seigle ergoté et le chlorure de sodium nous paraissent les seuls médicaments qui méritent une place dans ce premier groupe; car, indépendamment de l'action élective propre à chacun d'eux, ils possèdent une activité plus ou moins grande et tout à fait inexplicable contre la plupart des hémorrhagies. De tous ces agents, l'essence de térébenthine est certainement celui qu'il convient surtout de rappeler à l'attention des médecins français, car c'est à peine s'il est connu parmi eux; et ce qui devrait cependant engager les médecins à y recourir plus souvent, c'est que ce médicament sert de base à plusieurs eaux hémostatiques qui jouissent de quelque réputation.

L'essence de térébenthine a été administrée d'une foule de manières dans l'hémoptysie; mais ce qui convient encore le mieux, c'est de la donner pure, par gouttes, de 10 à 30 gouttes toutes les heures, dans une cuillerée d'eau, ou bien en bols, solidifiée par de la magnésie, que l'on fait prendre dans du pain à chanter. En général, quelques heures après l'ingestion de l'essence de térébenthine, il y a déjà une diminution très-marquée dans l'abondance de l'hémoptysie; et, en vingt-quatre ou trente-six heures, au plus, l'hémoptysie est réduite à des proportions insignifiantes, si même elle

existe encore. L'expérience a montré, du reste, aux médecins anglais et allemands, moi-même j'ai pu m'en convaincre également, que l'essence de térébenthine convient moins bien aux hémoptysies avec un certain degré de fluxion vers la poitrine, avec un mouvement fébrile, aux hémoptysies qui se montrent chez des sujets jeunes et un peu pléthoriques, qu'aux hémoptysies que l'on observe chez des sujets débilités, cachectiques, à celles qui offrent des caractères de passivité ou d'atonie, à celles, en particulier, que l'on observe, par exemple, chez les sujets affectés de maladies chroniques du foie. Nous nous rangeons, par conséquent, à l'opinion de Walshe, qui regarde l'essence de térébenthine comme, en général, moins utile dans l'hémoptysie que dans d'autres hémorrhagies, bien que ce médicament soit susceptible de rendre de grands services dans les cas où d'autres ont échoué. J'ajouterai que l'essence de térébenthine, lorsqu'elle est continuée pendant quelques jours, est susceptible de déterminer vers les organes urinaires un état d'irritation très-désagréable et très-pénible.

Il y a tant de rapports entre les effets de l'essence de térébenthine et ceux de l'oléo-résine de copahu, dont M. Milcent a fait connaître les bons effets contre l'hémoptysie, il y a quelques années, dans ce journal, que je crois inutile de m'y arrêter. N'est-ce même pas à l'essence de térébenthine que contient cette potion qu'elle doit son action thérapeutique dans l'hémoptysie?... Je ferai en outre remarquer que le baume de copahu est bien autrement difficile à faire prendre au malade que l'essence de térébenthine, surtout sous la forme qui a été recommandée par M. Milcent, la potion de Chopart.

Le seigle ergoté et l'ergotine de M. Bonjean, dont l'action hémostatique est si bien reconnue pour des hémorrhagies autres que l'hémoptysie, ont été à leur tour recommandés dans cette affection et nous les voyons figurer, comme l'essence de térébenthine, dans quelques eaux hémostatiques. Leur efficacité me paraît cependant bien inférieure à celle de ce dernier médicament, et ce fait me paraît résulter des expériences remarquables publiées, il y a quelques années, par mon savant collègue et ami, M. Sée; car si, dans quelques cas, une seule potion d'ergotine (1 gr. ou 1,50), a suffi pour se rendre maître de l'hémoptysie, au bout de huit à vingt heures, il en est d'autres dans lesquels l'hémorrhagie, bien que diminuée, n'en a pas moins continué, trente-sept, quarante-huit, cinquante et une heures, une fois même pendant cinq jours. J'ajouterai que j'ai été moins heureux encore que M. Sée, et que l'ergot de seigle, que j'ai administré plusieurs fois dans l'hémoptysie, à dose assez élevée, ne m'a paru avoir qu'une influence très-médiocre sur l'hémorrhagie.

Mon opinion est, au contraire, plus favorable au chlorure de sodium (sel marin), donné à assez haute dose, de 4 à 10 grammes en quelques heures, dans une potion ou en poudre, comme Rush et, après lui, Michaëlis et Schmidtmann l'ont employé avec succès. Il est vrai que Michaëlis et Schidtmann associaient à 2 ou 4 grammes de chlorure de sodium, donné toutes les deux ou quatre heures, 5 centigrammes de digitale, ce qui devait augmenter beaucoup l'efficacité du médicament. Je dirai cependant, pour l'avoir vérifié, que ce moyen, que l'on a partout sous la main, a une efficacité incontestable et mérite, par conséquent, de rester gravé dans la mémoire des médecins. M. Walshe, dont l'autorité est si grande en fait de maladies de poitrine, en fait aussi le plus grand éloge.

J'arrive au second groupe de médicaments, aux astringents proprement dits, famille nombreuse dans laquelle je me contenterai de passer en revue ceux qui occupent et ont occupé la première place. Je ne comprends pas trop la faveur dont l'acétate de plomb jouit auprès de quelques personnes et de Graves en particulier, comme moyen hémostatique dans l'hémoptysie, si ce n'est dans les hémoptysies chroniques et prolongées. Il est vrai que Graves donne en même temps ou presque en même temps l'alun, l'eau de Rabel, et qu'il débute par l'ipécacuanha à dose nauséeuse. En revanche, l'alun, même dans les hémoptysies un peu aiguës, me paraît susceptible de réussir; malheureusement, il faut aller à des doses assez élevées, et je crois par suite que l'alun n'est pas un moyen destiné à être conservé dans le traitement de l'hémoptysie. J'en dirai autant de l'eau de Rabel (acide sulfurique alcoolisé) avec lequel j'ai échoué récemment dans un cas grave, où j'avais voulu comparer les médicaments hémostatiques.

Le tannin, l'acide gallique, voici, en définitive, les agents thérapeutiques astringents dans lesquels on peut mettre toute confiance. Le ratanhia, le sang-dragon, etc., ne doivent leur efficacité qu'au tannin qui y est contenu. L'acide gallique paraît même, suivant toutes probabilités, devoir remplacer le tannin; car avec les mêmes propriétés antihémorrhagiques, il n'a pas sur nos tissus cette action desséchante du tannin, il ne produit pas surtout ces constipations rebelles qu'on observe à la suite de l'emploi du tannin. Seulement ce qu'il faut savoir, c'est que l'acide gallique doit être souvent porté à des doses assez fortes. M. Walshe, qui donne la palme à l'acide gallique, a fait prendre jusqu'à 1 gramme et 1 gramme 1/2 toutes les demi-heures, diminuant ensuite la quantité et éloignant les intervalles; mais la dose ordinaire est de 60 à 75 centigrammes

dans les vingt-quatre heures, par paquets de 15 centigrammes, que l'on fait prendre toutes les heures ou toutes les deux heures. Je n'insiste pas davantage sur les bons effets de l'acide gallique; le lecteur trouvera dans le *Bulletin* tous les renseignements désirables; je pense cependant que l'acide gallique, par cela même qu'il doit être administré à fortes doses, et vu le prix élevé auquel il est vendu dans le commerce, n'est peut-être pas appelé à se généraliser dans la pratique autant que quelques-uns des moyens dont j'ai parlé ou dont je parlerai bientôt.

Personne n'élève plus de doute aujourd'hui sur les avantages de l'ipécacuanha et du tartre stibié à dose nauséeuse et vomitive dans l'hémoptysie; ce que l'on sait également, c'est que pour être modifiées avantageusement, les hémoptysies n'ont pas besoin d'offrir le caractère bilieux. Plus l'effet nauséeux est marqué, par conséquent, plus l'ipécacuanha et le tartre stibié sont administré à doses fractionnées et répétées, et plus on peut compter sur leur efficacité. Je n'en veux d'autre preuve que les résultats remarquables que j'ai obtenus dans plusieurs cas de la *vératrine*, un nauséeux par excellence. Je n'ai pas encore fait beaucoup d'expérimentations de ce genre, mais dans trois cas où la vératrine a été prescrite, l'hémoptysie s'est arrêtée presque comme par enchantement, dès que le malade est arrivé à l'état nauséeux et au vomissement. S'ensuit-il que nous recommandions d'une manière générale l'ipécacuanha, le tartre stibié ou la vératrine dans l'hémoptysie? Pas le moins du monde. Ce qui est utile à savoir, ce qui est parfaitement démontré, c'est qu'il n'y a aucun inconvénient à donner des vomitifs et des nauséeux dans l'hémoptysie, c'est que ces agents sont susceptibles d'arrêter l'hémorrhagie; mais lorsqu'il est possible d'arriver au même résultat par des moyens moins désagréables pour les malades, nous croyons que le médecin serait mal venu à ne pas y avoir recours.

Restent les sédatifs du système circulatoire, le nitre, dont Stahl, Dickson, Laënnec, Zuccari, etc., ont recommandé l'emploi, la digitale, dont Jones, Ferriar et, plus récemment, Schmidtmann se sont montrés les partisans. A l'exemple de ce dernier et savant médecin, qui avait combiné le sel marin à la digitale, j'ai eu l'idée d'associer le nitre à la digitale, et ce mélange m'a donné des résultats extrêmement remarquables. Dans les cas ordinaires, j'ai donné dans les vingt-quatre heures 30 centigrammes de digitale et 1 gr. 50 cent. de sel de nitre, en quatre paquets; mais lorsque l'hémorrhagie me paraissait plus intense, la dose de sel de nitre a été portée à 2 gram. 50 cent., et celle de digitale à 0 gr. 50 cent. ou 0 gr. 75 cent.; dans

quelques cas très-rares, la dose de digitale a été portée à 1 gr. 50 cent. et la dose de nitre à 4 grammes. Chose remarquable, à cette dose, je n'ai pas observé que l'économie ait été influencée d'une manière fâcheuse : le pouls ne s'est pas ralenti rapidement ; il n'est pas survenu de diurèse très-abondante ; il est vrai que les malades ne sont pas restés longtemps à l'usage de doses aussi élevées. En revanche, les effets sur l'hémorrhagie ont été des plus prononcés ; en quelques heures, l'écoulement sanguin s'est réduit considérablement et souvent, après vingt-quatre ou trente-six heures, il n'y avait plus que quelques crachats sanglants. La diminution de l'hémorrhagie était généralement accompagnée d'un très-grand calme. Je dois reconnaître cependant que jamais, après l'administration du sel de nitre et de la digitale, l'arrêt de l'hémorrhagie n'a été aussi brusque que par l'administration de l'essence de térébenthine ou de l'acide gallique.

Je pourrais rapporter ici de nombreux exemples d'hémoptysies traitées par le nitre et la digitale. Je me bornerai à l'observation d'un homme de vingt-huit ans (Ferdinand Dubois), polisseur, qui entra dans mon service le 14 juin dernier. C'était un homme maigre et pâle, à la poitrine élancée, affecté de tubercules au premier degré, et qui en était à sa deuxième hémoptysie. Le premier crachement de sang avait eu lieu en 1850, il avait été très-abondant et avait duré huit jours. Le malade avait commencé à cracher du sang pour la seconde fois depuis le 9 juin et en abondance. L'hémoptysie s'était un peu calmée le 10, le 11 et le 12 ; elle avait recommencé le 13 et le 14, il en avait craché au moins 300 grammes. Le soir même, mon interne lui fit prendre 1 gramme de nitre et 15 centigrammes de digitale, quantité bien insuffisante pour une pareille hémorrhagie. Aussi le lendemain, l'hémoptysie était-elle à peine modifiée ; je lui prescrivis 2 gr. 50 de sel de nitre et 50 centigrammes de digitale, à prendre en six fois, toutes les quatre heures. Le 16 juin, j'appris que l'hémoptysie avait presque cessé : une dizaine de crachats sanglants. La dose de nitre fut réduite à 1,50 et celle de digitale à 0,50. Comme le 17, il y avait encore quelques crachats sanglants, je continuai le traitement. Le 18 juin, l'hémorrhagie avait cessé entièrement ; le malade se trouvait très-bien. Je continuai le nitre à 1,50 et la digitale fut réduite à 0,15. Dès ce moment, la guérison était complète ; le malade a quitté l'hôpital en bon état le 21 juin, satisfait au plus haut point de la rapidité avec laquelle son hémoptysie avait été arrêtée cette fois-ci.

Dans les hémoptysies abondantes, mais qui ne menacent pas ce-

pendant la vie d'une manière immédiate, le médecin peut choisir entre les médicaments précédents. Dans les hémoptysies extrêmement abondantes, au contraire, il faut arrêter le plus tôt possible l'hémorrhagie et par les agents le moins susceptibles de déprimer l'économie. Il suit de là que le médecin ne peut plus songer alors aux moyens à action lente et éloignée. Ni le seigle ergoté, ni l'acétate de plomb, ni l'eau de Rabel, ni l'alun, ni le ratanhia, etc., ne seraient à la hauteur du danger couru par le malade. Seuls la térébenthine, l'acide gallique à haute dose, le chlorure de sodium, le nitre associé à la digitale peuvent être employés avec succès; mais la nécessité de proportionner la dose du médicament à l'intensité de l'hémorrhagie, crée peut-être pour le chlorure de sodium, mais surtout pour le nitre associé à la digitale, un inconvénient grave, la possibilité d'une dépression trop profonde, soit par la dose trop élevée du médicament, soit par le fait de sa continuation trop prolongée. C'est ainsi que dans un des cas les plus graves que j'aie rencontrés, l'administration d'une dose trop élevée de digitale (4 grammes de ce médicament et autant de nitre) a produit, avec des phénomènes d'intoxication, un abaissement du pouls qui n'a pas eu de suites, mais qui ne m'en a pas moins donné de vives inquiétudes. L'hémoptysie a été suspendue; mais l'acide gallique à haute dose, l'essence de térébenthine auraient probablement réussi de même et sans exposer le malade aux mêmes effets désagréables et fâcheux.

C'est donc à l'acide gallique, à la térébenthine que je conseille de donner la préférence dans ces cas très-graves; encore, dans la crainte de leur insuffisance, ne pensé-je pas que le médecin puisse s'en tenir à leur emploi. C'est dans ces circonstances que les ligatures des membres, fort utiles du reste dans les autres espèces d'hémorrhagies, et la glace en application sur la poitrine, ont sauvé la vie des malades, en arrêtant l'hémorrhagie momentanément, et en permettant aux moyens intérieurs de consolider cette guérison temporaire. Le fait auquel je viens de faire allusion m'a permis de vérifier les bons effets de la ligature des membres : suspendue par ces ligatures, l'hémoptysie s'est reproduite autant de fois que les ligatures ont été enlevées, jusqu'au moment où le nitre et la digitale l'ont suspendue définitivement.

C'est à peine si j'ai touché jusqu'ici à la question de la nature des hémoptysies. Ce n'est pas que je me dissimule les différences que doit entraîner dans l'emploi des moyens précédents la cause qui donne lieu à l'hémoptysie; mais sur ce point, il me serait impossible de rien dire de précis et de certain. Je n'ai eu d'autre but que de montrer que la

pratique généralement suivie, celle qui soumet indistinctement toutes les hémoptysies au joug des émissions sanguines, est non-seulement inutile, mais dangereuse; j'ai voulu prouver que la thérapeutique est plus riche qu'on ne pense en moyens hémostatiques d'une efficacité réelle et incontestable. Je fais des vœux pour que ma faible voix soit entendue; et je croirai avoir rendu un véritable service aux malades, si j'ai réussi à ramener à mon opinion un certain nombre de mes confrères. F.-A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Recherches sur le mal perforant du pied et son traitement.

Par le docteur E.-C. Leplat, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Par les dénominations de *mal perforant*, j'entends désigner une maladie d'une nature encore obscure et incertaine, assez fréquente cependant et connue de la plupart des chirurgiens, sans qu'elle ait été l'objet d'aucune description dogmatique, maladie dont les caractères principaux sont les suivants : 1° le plus souvent au début, production cornée à la plante du pied et sur les parties les plus saillantes ; 2° formation d'un ulcère entouré de toutes parts d'un cercle épidermique très-épais, et laissant suinter un liquide séro-sanguinolent, ichoreux plutôt que purulent ; 3° inflammation des bourses séreuses, des synoviales tendineuses et articulaires et du périoste ; 4° ostéite, carie et nécrose. Cet exposé des phénomènes sera, si l'on veut, la définition du mal perforant. Quant à la dénomination que j'ai adoptée, à l'exemple de M. Vésignié, elle me paraît avoir l'avantage, sans rien préjuger sur la nature de la maladie, d'exprimer le fait le plus saillant qui lui appartient, la marche perforante du mal.

Il ne faut pas remonter très-haut dans les annales de la science pour trouver les premières notions sur le mal perforant. Boyer est le premier qui ait bien signalé la maladie à son début ; il en a retracé les caractères principaux et s'est appesanti sur leur gravité et la difficulté de leur guérison ; mais Boyer n'a vu qu'un coin du tableau. Marjolin, sous le nom d'*ulcère verruqueux*, a décrit très-bien la deuxième phase de la maladie, qu'il a observée deux fois à la plante du pied. Quoique cette affection eût fixé l'attention de la plupart de nos chirurgiens, MM. Velpeau, Robert, Boyer, etc., aucun d'eux n'avait mis au jour le résultat de ses travaux, lorsque parut, en 1852, dans la Gazette des Hôpitaux, une observation de M. Nélaton, sur un malade connu de tous, qui avait subi, dans les différents hôpitaux de Paris,

une foule d'amputations partielles du pied, observation suivie, à quelques jours de distance, de la publication de quatre autres faits semblables par un chirurgien distingué d'Abbeville, M. Vésignié, qui s'était rappelé, à la lecture de l'observation de M. Nélaton, les faits dont il avait été témoin.

Il n'existe encore aucune description dogmatique du sujet ; il est neuf, difficile et complexe ; il exigerait, pour être bien traité, une expérience plus grande que la mienne. Les observations que j'ai recueillies feront le principal mérite de mon travail ; je les ai prises, pour la plupart, dans le service et sous la direction de M. Richet, dont j'ai été l'interne en 1852, pendant ma première année d'internat ; depuis cette époque, j'ai vu et étudié plusieurs cas analogues, entre autres à la Maison de santé, qui ont nécessité l'amputation du gros orteil. Des faits que je rapporte, les uns ont trait à une période de la maladie, les autres à une période plus avancée. Ceux-ci montrent le mal avec ses résultats les plus graves, ceux-là le montrent à son début, alors qu'il n'est, pour ainsi dire, qu'un insignifiant *bobo*. Mes observations sont toutes également importantes à mon point de vue ; elles se complètent les unes par les autres ; elles montreront, si je ne me trompe, les commencements de la maladie et les transitions qu'elle subit pour arriver à son extrême intensité ; je les donnerai immédiatement. De l'analyse de chacune d'elles, je tâcherai de tirer des résultats généraux ; de l'étude des faits, je m'élèverai aux lois qui les régissent ; telle est, je crois, la meilleure manière de faire l'histoire descriptive d'une maladie.

Obs. I. Le 12 février 1852, est entré à l'hôpital Bon-Secours le nommé S.., (Jacques), maçon, âgé de quarante et un ans ; sa constitution est vigoureuse et son tempérament plutôt sec que lymphatique ; aucune maladie héréditaire n'existe dans sa famille. Il y a une quinzaine d'années, il a eu un chancre au prépuce ; ce chancre a été suivi d'un bubon suppuré ; il n'accuse aucun des accidents consécutifs à l'infection syphilitique. C'est en 1845 que les premières atteintes de son mal se sont fait sentir, à la suite de travaux pénibles et de marches forcées ; mais comme ces atteintes n'étaient encore que légères et peu douloureuses, il n'en conçut pas d'inquiétude, de sorte que sa maladie put tranquillement suivre sa marche lente, mais progressive, jusqu'en 1851, où elle le força d'entrer à la Pitié, chez M. Laugier. A cette époque, la maladie, qui siégeait au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit, était à peu près dans le même état où elle s'offre à nous au niveau de la même articulation du pied gauche. M. Giraldès, qui remplaçait M. Laugier, saisissant l'indication qui s'offrait à lui le plus naturellement, résolut et opéra la désarticulation du gros orteil ; il y avait, en effet, une nécrose des os communiquant à l'extérieur par une fistule qui laissait écouler les produits d'une inflammation chronique, entretenue par des os morts devenus des corps étrangers. L'opération fut heureusement pratiquée, et au bout d'un mois la guérison

était obtenue; le mal n'a pas récidivé, et le malade a retiré de l'opération tous les bénéfices possibles, si on en juge par les résultats apparents; cependant il ressent de vives douleurs dans son moignon, et ne se résoudrait que difficilement à une opération du même genre.

Dès l'époque de son séjour à la Pitié, le malade avait déjà son articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche gravement compromise; les os étaient atteints, car le stylet du chirurgien résonnait sur eux. L'amputation avait été faite d'un côté; pour l'autre, on tenta des moyens plus doux (le malade devait avoir eu un chancre); un traitement antisyphilitique fut institué. Pendant quelque temps, il y eut une amélioration sensible; puis le mal resta stationnaire, et à sa sortie le malade conservait toujours une fistule; il reprend ses pénibles occupations, et au bout de quelque temps il est forcé de réclamer un lit à l'hôpital Bon-Secours.

État actuel. — Au moment où il s'offre à notre examen, voici dans quel état il se trouve : son gros orteil du pied gauche est très-gonflé; le gonflement s'est emparé de tout le pied et même de la partie inférieure de la jambe; il a eu pour point de départ la fistule qui siége sur le renflement qui protége l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; son orifice extérieur est à la plante du pied; il a 1 centimètre à peu près dans tous ses diamètres; les bords en sont comme taillés à pic, au milieu d'un épiderme très-épais, dont on distingue parfaitement les stratifications superposées; de l'ouverture, s'échappe un liquide purulent de mauvaise nature, mélange roussâtre de pus, de sang et de sérosité; le stylet, introduit au milieu des parties molles, arrive sur des os nécrosés, qui ne peuvent être que l'extrémité postérieure de la première phalange et l'extrémité antérieure du premier métatarsien. L'articulation est gravement compromise; les cartilages d'incrustation ont disparu; une crépitation caractéristique se produit lorsqu'on imprime des mouvements à l'articulation; le stylet déplace facilement les os nécrosés.

A la pulpe de l'extrémité phalangienne du second orteil du pied droit, on aperçoit les débuts de la maladie; car, au dire du malade, les désordres que nous venons de signaler ont passé par cette transition avant d'arriver au point où ils sont actuellement. C'est une callosité très-dure, noirâtre, renfoncée en forme de cupule. Au milieu est une fissure, à travers laquelle s'échappe un liquide ichoreux, séro-sanguinolent. Cette fissure s'est établie de la manière suivante : d'abord est apparu un durillon que le malade enlevait avec un canif toutes les fois qu'il en ressentait de trop vives douleurs. Lorsque, par abrasions successives, il était arrivé sur le derme, il trouvait, entre celui-ci et le durillon une petite cavité remplie de liquide séro-sanguinolent. C'est donc le malade lui-même qui a formé cette petite fistule.

Au même pied, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du dernier orteil, se trouve une altération analogue à la précédente, mais moins avancée, c'est une simple plaque épidermique endurcie, ne faisant aucune saillie à l'extérieur. Elle est noirâtre, comme colorée par du sang. Lorsqu'on enlève l'épiderme couche par couche, on arrive sur le derme plus vasculaire qu'à l'ordinaire, mais moins sensible.

Traitement. — M. Richet soumit ce malade à un traitement antisyphilitique. Pendant deux mois, il prit chaque jour une pilule de proto-iodure de mercure et 1 gramme d'iodure de potassium. Le phlegmon du pied gauche fut traité par les émollients, et lorsque l'inflammation fut calmée, des injections iodées furent faites dans le trajet fistuleux; elles excitèrent le travail éliminateur et détermi-

nèrent la sortie de fragments osseux nécrosés. Après de nombreuses alternatives de bien et de mal, la fistule se cicatrisa; mais le gros orteil resta atrophié et raccourci de 15 millimètres.

2° M. Richet enlève avec un bistouri l'épiderme endurci de la pulpe de la seconde phalange. Au-dessous, on trouve le derme ulcéré dans une étendue plus considérable que la fissure par laquelle il communique avec l'extérieur; le derme malade est d'une couleur rouge vineuse, chagrinée. Pansement avec la pommade mercurielle, et, au bout de quinze jours, guérison. Cette guérison devra être attribuée au repos plutôt qu'à la pommade mercurielle.

3° Le troisième point malade ne subit d'autre traitement qu'une abrasion superficielle. A sa sortie, le malade était guéri.

Obs. II. Le 8 mars 1852, est entré à l'hôpital Bon-Secours le nommé P... (Jean-Marie). C'est un homme d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin; jamais il n'a été atteint de maladies sérieuses depuis plus de vingt ans qu'il est à Paris; il affirme n'avoir jamais contracté d'affection syphilitique. La profession de commissionnaire le forçait à marcher beaucoup, et pour user le moins possible de chaussures, il les choisissait très-résistantes; du reste, ses gros souliers ne le gênaient guère, car il les prenait plutôt grands que petits; malgré cela, son épiderme s'endurcissait dans certains points; la plante de son pied se recouvrait de callosités qui, pour être, jusqu'à un certain point, protectrices des parties sous-jacentes, ne l'en faisaient pas moins souffrir considérablement; il était obligé de les couper souvent, et en les coupant couche par couche, il arrivait, nous dit-il, dans une petite cavité renfermant quelque chose de noir comme de la suie et qu'il n'osait attaquer avec son instrument; cependant sa maladie faisait des progrès, et il se voyait forcé d'abandonner ses courses et de venir réclamer un lit à l'hôpital.

Etat actuel. — Pied droit. — Ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est un gonflement considérable de tout ce pied et même de la jambe, une plaie qui siége à la face plantaire du gros orteil, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. L'ouverture de cette plaie fistuleuse est oblongue, étroite, bordée, comme dans le cas précédent, d'un épiderme noir, endurci; elle laisse échapper au dehors un liquide filant qui n'est pas du pus bien lié, et qui n'est pas non plus de la synovie véritable; le stylet arrive sur la tête de la seconde phalange dénudée et depuis longtemps enflammée.

A la face inférieure de l'extrémité phalangienne du petit orteil, se trouve aussi une plaque épidermique avec les caractères déjà indiqués : callosité noirâtre, jaune ambrée, ne dépassant pas le niveau de la peau fissurée en son milieu et recouvrant le derme ulcéré.

Pied gauche. — Au pied gauche, la maladie siége sur deux points : 1° sur le gros orteil, à sa partie interne et inférieure, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange; ici, comme toujours, le mal consiste en une large plaque épidermique, dure, noire, offrant une petite ouverture à son milieu. Cette ouverture conduit à travers les stratifications épidermiques jusque sur le derme. Celui-ci, rouge, fongueux, fait une saillie en forme de papille; un stylet, introduit par cette fissure et horizontalement dirigé, peut être mû circulairement dans une cavité que circonscrivent le derme d'une part et de l'autre une espèce de couvercle épidermique; une partie de la matière pulpeuse qui s'élève du derme est enlevée avec un bistouri, mise dans un petit tube et envoyée à M. Robin, qui donne la note suivante : « Le petit fragment de produit morbide qui m'a été remis est entièrement formé d'épithélium pavimenteux, pareil à celui de la peau, à part les particularités suivantes : beaucoup de cel-

lules sont plus grandes, plus granuleuses, et à bords plus irréguliers qu'à l'état ordinaire, avec un nucléole brillant et visible comme dans les cellules de nouvelle formation ou les cellules d'une muqueuse toujours humide; dans les cellules de la peau, à l'état normal et à la surface de l'épiderme, le nucléole et souvent le noyau sont atrophiés et manquent; la marche du mal est assez celle des productions épithéliales dans leur marche toujours envahissante. »

2° Sur le second orteil, l'altération siége à la face inférieure de l'extrémité phalangienne : l'épiderme est épais, dépasse un peu le niveau de la peau, dont le derme est hypertrophié.

Traitement — Pour le pied gauche, M. Richet se contente d'enlever l'épiderme, de mettre le derme à nu, et de panser avec la pommade mercurielle : sur le premier comme sur le second orteil, la guérison ne se fit pas attendre; mais la cicatrice ne paraît pas devoir être très-solide sur le gros orteil ; car, au-dessous de la pellicule épidermique, se voit un pointillé noirâtre, qui prouve que le derme n'est pas parfaitement sain au-dessous.

Quant au gros orteil du pied droit, il est soumis aux émollients, et l'inflammation se dissipe promptement. Des fongosités s'élèvent de la fistule : elles sont cautérisées avec le nitrate d'argent. Sous l'influence de cette cautérisation, l'inflammation redouble, la suppuration devient très-abondante, le pus s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une contre-ouverture est faite à la face dorsale du gros orteil : les cataplasmes et le repos au lit triomphent de ce petit orage. La suppuration se tarit; la fistule tend à se fermer : cependant, la guérison n'étant pas obtenue au bout de deux mois, le malade demande à sortir de l'hôpital.

Le malade n'a pas plutôt repris ses occupations qu'il se voit forcé de réclamer sa rentrée à Bon-Secours. Son pied droit est très-gonflé et sa fistule verse un pus très-abondant : le repos, les cataplasmes, le ramènent promptement à son ancien état, et aujourd'hui la plaie est presque fermée et son articulation guérie, si tant est qu'une arthrite sèche puisse être considérée comme la guérison d'une arthrite aiguë.

Ce malade avait été soumis à un traitement antisyphilitique : c'était un homme presque insensible ou d'un courage très-grand ; il supportait, sans manifester aucune douleur, les incisions que M. Richet fut obligé de lui pratiquer sur le phlegmon de son pied.

Obs. III. Le 2 juillet 1852, est entré à l'hôpital Bon-Secours, où il occupe le n° 9 de la salle Saint-Edmond, le nommé D... (René-Henri). Constitution forte, tempérament sanguin; il a eu, à deux époques différentes, deux congestions célébrales qui ont amené un léger affaiblissement du côté gauche du corps. Pendant quelque temps commissionnaire, il a beaucoup marché; ce sont ces longues marches qui ont amené sa maladie : elle a débuté par un durillon, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du second orteil du pied gauche; le siége de la maladie est expliqué par une déformation du pied, qui rend cette partie très-saillante. Son durillon le faisait souffrir, il l'enleva, et trouva au-dessous une petite cavité en suppuration; il entra alors à Sainte-Marguerite, où il resta trois semaines, et d'où il sortit non guéri : depuis cette époque, la plaie du derme n'a cessé d'exister.

Etat actuel. — Il se présente à nous dans l'état suivant : tuméfaction de toute la plante du pied; fistule à la plante du pied, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du second orteil; tout autour, l'épiderme est très-épaissi ; le derme ulcéré est recouvert de villosités noirâtres, laissant suinter une sanie purulente. Le malade prétend que M. Ducholet, médecin à Paris, lui a enlevé

plus d'une livre de durillon autour de cette petite plaie ; pas de douleurs pendant le repos, de légères pendant la marche.

Traitement. — M. Richet s'est contenté d'abraser les callosités épidermiques qui environnent l'ulcération; mais, à cause de son indocilité, le malade a été obligé de sortir de l'hôpital non guéri.

Obs. IV. Le nommé B... (Charles-Marie) est entré, le 23 juin 1852, à l'hôpital Bon-Secours, où il occupe le numéro 14 de la salle Saint-Edmond. C'est un homme de cinquante-quatre ans, d'une forte constitution : ses deux gros orteils sont renversés en dehors, et les deux articulations métatarso-phalangiennes font une saillie assez considérable en dedans. La saillie du pied droit, soumise à une pression continue et à des frottements réitérés, s'est recouverte d'une couche épidermique très-épaisse ; pour éviter la douleur, le malade était obligé d'enlever fréquemment plusieurs couches de sa callosité : un jour, il l'attaqua plus vigoureusement et pénétra, à travers le derme peu sensible, dans une bourse muqueuse située à ce niveau. Il s'écoula sur-le-champ un liquide filant, onctueux, analogue à une solution de gomme. Cette malheureuse opération lui procura les premiers jours un véritable soulagement; mais le quatrième, il se manifesta une violente inflammation, qui le força à entrer à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons un durillon à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du pied droit; au milieu, existe une ouverture, qui non-seulement conduit sur le derme, mais encore traverse celui-ci et arrive jusqu'à l'articulation.

Repos, vésicatoires; au bout de trois semaines, la plaie articulaire est guérie.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle nous offre la maladie à son début. Le derme sous-jacent, fatigué par des pressions très-fortes, a perdu assez de sa sensibilité pour permettre au malade de l'enlever complétement, pour entrer dans une bourse muqueuse, qui communique avec l'articulation.

Obs. V. B... (Jacques), âgé de trente-six ans, journalier, entre à l'hôpital Bon-Secours le 24 juin 1854. Bonne constitution.

A son entrée, nous constatons un gonflement inflammatoire du gros orteil du pied droit. La cause de cette inflammation réside dans une fistule qui siége à la face interne de l'articulation des deux phalanges du gros orteil. L'ouverture de la fistule est entourée, comme toujours, de callosités épidermiques ; elle verse au dehors un liquide sanieux, ichoreux, et conduit à l'articulation sur laquelle elle repose. Ce malade a déjà consulté plusieurs médecins. Il est entré à l'hôpital de la Charité chez M. Velpeau, qui, trouvant déjà des désordres assez graves, lui conseilla l'amputation dans l'article; mais au bout de quinze jours, il s'était produit un mieux notable. M. Velpeau différa l'opération, et le malade guérit avec le temps et le repos au lit. La guérison n'était pas bien établie, et c'est pour une rechute qu'il entre à l'hôpital Bon-Secours. L'articulation est ouverte, les os enflammés. Tout céda au bout de trois semaines, et il sortit guéri de nouveau. Il resta seulement ce que les auteurs appellent improprement une arthrite sèche, avec absorption des cartilages et éburnation des os.

Obs. VI. L... (Jacques), maréchal-ferrant, est entré, le 14 juillet 1852, à l'hôpital Bon-Secours, où il occupe le lit nº 7 de la salle Saint-Charles. C'est un homme très-courageux, d'une grande activité au travail. Il a commencé, il y a dix-huit mois, à avoir des durillons qu'il coupait de temps en temps ; au dessous, il trouvait toujours des trous, comme il nous dit ; ces trous, ou petites

cavités, étaient remplies de sang; plus tard elles fournirent du pus et se constituèrent en ulcères.

Le pied gauche avait été envahi le premier, et le mal siégeait à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du petit ortell; déjà il y avait une ulcération de date assez ancienne, lorsqu'il entra dans le service de M. Velpeau; ce savant professeur faisait alors des recherches sur cette maladie; il le retint deux mois dans son service; il enleva toute la superficie de l'ulcère, tailla dans le vif, et par des pansements avec une pommade excitante, il commença la cicatrisation.

Revenu à ses travaux, notre malade s'aperçut que son pied droit, qui jusque-là était demeuré intact, se recouvrait de durillons de mauvais augure. En effet, au bout de trois ou quatre mois, leur place était occupée par des ulcères analogues à ceux que M. Velpeau avait guéris. Il se souvint alors du professeur de la Charité, et alla lui demander une place dans son service. Il n'était plus temps, cette affection n'était plus admise à l'hôpital de la Charité. Le malade fut envoyé à la Clinique, où il fut guéri par des abrasions faites dans le vif.

Il reprit ensuite ses travaux, et bientôt les mêmes causes ramenèrent les mêmes récidives; c'est alors qu'il entra à l'hôpital Bon-Secours. Il porte trois ulcères à la plante des pieds; tous trois sont entourés de callosités épidermiques; l'épiderme et le derme sont perforés, et l'ulcération repose sur le tissu cellulaire sous-cutané; ils siégent, pour le pied droit, l'un à la face plantaire du gros orteil, au niveau de l'articulation des deux phalanges entre elles, l'autre à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil; au pied gauche, l'ulcère repose encore au-dessous de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil.

Traitement. Abrasions, et guérison au bout de peu de temps.

Obs. VII. Le nommé L.... (Jacques), âgé de quarante-cinq ans, profession de maçon, est entré à l'hôpital Bon-Secours pour une inflammation du pied gauche, causée par une callosité au-dessous de laquelle le derme s'est enflammé; il en est résulté un ulcère entouré d'épiderme endurci et siégeant à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne; l'abrasion des callosités et un pansement simple produisent la cicatrisation complète de cette altération, qui datait depuis bientôt six mois.

Ce malade, déjà intéressant, l'est encore davantage par ses antécédents : le cinquième orteil de son pied droit lui a été enlevé par M. Blandin, avec le métatarsien correspondant; il avait un durillon qu'il coupait souvent; une ulcération s'établit, l'articulation fut ouverte, et les os furent frappés de nécrose. Les résultats de l'amputation sont magnifiques, tant sous le rapport de l'art que sous celui de la guérison; le malade ne souffre nullement, et il faut de l'attention pour reconnaître la soustraction du petit orteil.

Obs. VIII. (Cette observation, que je dois à l'obligeance de M. Demarquay, a été recueillie par M. Magnac.)

P..., âgé de quarante-neuf ans, entre le 2 août 1853 à l'hôpital Necker; ce malade porte depuis longtemps, au niveau de l'articulation de la première phalange du petit orteil du pied droit avec le métatarsien correspondant à la face plantaire du pied, un trajet fistuleux; cette petite plaie, pouvant admettre l'extrémité d'une sonde cannelée, n'existe que depuis peu de temps, au dire du malade; le tout aurait commencé par un durillon que le malade aurait fatigué en marchant et travaillant. un jour, il le coupa avec un rasoir, il trouva au-dessous une cavité pleine de pus, il se forma une plaie fistuleuse.

Le malade est fort gêné pour marcher; la pression du pied sur le sol est douloureuse; le stylet, introduit par la fistule, pénètre profondément jusque dans l'articulation métatarso-phalangienne, et touche des surfaces osseuses privées de cartilages ; on propose au malade l'amputation du petit doigt avec résection du tiers antérieur du métatarsien correspondant.

L'opération fut faite, et le malade sortit guéri, au bout d'un mois et demi.

Il résulte de l'analyse de mes observations que le mal perforant a le plus souvent son siége à la plante du pied, sur la ligne saillante des articulations métatarso-phalangiennes, à la pulpe des orteils, au talon; mais la plante du pied n'a pas seule le privilége d'être atteinte; j'ai vu le mal reposer à la face dorsale des orteils, au niveau de la saillie de leurs articulations. Un de mes collègues m'a dit avoir vu un durillon suivi d'ulcération et d'exfoliation du tendon d'Achille, et qui s'était développé à la partie postérieure et supérieure du talon.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Suite (1).

Cinchonine pure. — Tant que les écorces de quinquina contenant beaucoup de quinine ont été abondantes dans le commerce, et tant que le prix de la quinine n'est pas devenu très-élevé, il n'y avait aucun intérêt à se servir de la cinchonine. Mais maintenant que les quinquinas à quinine deviennent rares, et que la quinine est d'un prix très-élevé, il devient très-important de tirer parti de la cinchonine, qui est très-abondante, et qui peut coûter moitié moins cher que la quinine.

La cinchonine pure est un peu plus soluble que la quinine, elle a peu d'amertume. Elle est absorbée exactement comme la quinine pure, mais elle a sur le système nerveux une action plus faible, dans la proportion d'un tiers. La cinchonine peut être administrée comme la quinine pure; seulement il faut en élever la dose d'un tiers en sus. Dans ces conditions, elle peut rendre tous les services qu'on attend de la quinine, soit à petite dose comme simple fébrifuge, soit à haute dose comme hyposthénisant.

Comme l'emploi de la cinchonine a été jusqu'à présent fort restreint, le génie des thérapeutistes ne s'est point encore exercé sur ses combinaisons; on ne connaît en pharmacie que deux sels de cinchonine : le bisulfate, qui est complétement liquide et ne se trouve

(1) Voir le numéro du 30 août, p. 163.

pas tout prêt dans les pharmacies; on le fait comme le bisulfate de quinine, en ajoutant de l'acide sulfurique à la solution de sulfate de cinchonine neutre. Il est d'un tiers moins amer que le bisulfate de quinine; il s'absorbe avec une grande facilité et possède une action qui est d'un tiers plus faible que celle de ce dernier. C'est celui dont il faut se servir de préférence, et qu'on peut donner à l'instar du bisulfate de quinine.

Le sulfate neutre de cinchonine, beaucoup plus soluble que le sulfate neutre de quinine, puisqu'il se dissout dans 54 parties d'eau, est très-soluble dans l'alcool; il contient 84,5 pour 100 de cinchonine. Il est un peu moins amer que le sulfate neutre de quinine.

On le donne soit en suspension dans un liquide, soit en poudre. Ces deux sels sont, en en augmentant la dose d'un tiers, les équivalents des sulfates de quinine, et comme ils coûtent moitié moins, il y a tout avantage à les employer, quand il est nécessaire de regarder à la dépense.

Quinidine. — Les chimistes allemands ont fait grand bruit à propos de la découverte qu'ils avaient faite d'un alcaloïde nouveau, qu'ils supposaient être fréquemment substitué en France à la véritable quinine. M. Pasteur, en examinant les faits, a trouvé qu'au lieu d'un nouvel alcaloïde, il y en avait deux, la quinidine et la cinchonidine. Cette dernière substance étant fort rare n'a pas encore été employée en médecine; mais si elle arrivait à être abondante dans le commerce, la médecine ferait bien d'en tirer parti, en la considérant comme l'égale de la cinchonine.

La quinidine est soluble; elle est d'un tiers moins amère que la quinine; on ne l'emploie qu'à l'état de sulfate. Chimiquement parlant, elle est l'analogue de la quinine, puisqu'elle en a la composition. Administré chez l'homme, le sulfate de quinidine produit exactement les mêmes phénomènes physiologiques que les sulfates de quinine, et il les produit au même degré.

Comme puissance thérapeutique, le sulfate acide de quinidine paraît, soit comme fébrifuge, soit comme hyposthénisant, avoir une force égale à celle du bisulfate de quinine; il peut, en conséquence, être employé dans les mêmes conditions et aux mêmes doses. Ainsi, non-seulement la quinidine n'altère pas la quinine, mais elle peut être employée comme elle, et s'il y a quelque différence de prix, on devrait utiliser cet alcaloïde.

Cinchonicine. — Mû par des données chimiques, M. Pasteur a proposé cet alcaloïde, qu'on obtient en modifiant la cinchonine par la chaleur.

Cette substance, unie à l'acide sulfurique, a été expérimentée par M. le professeur Forget, et combinée avec l'acide tartrique ; elle l'a été par M. Rayer et par moi.

Le sulfate et le tartrate de cinchonine sont, en général, mal tolérés par l'estomac. A doses élevées, ils provoquent de très-faibles effets physiologiques, et employés comme fébrifuge, ils n'ont donné que des résultats peu satisfaisants et analogues au plus à ceux que donnent les succédanés du quinquina.

Comme on tire la cinchonicine du quinquina, et qu'il n'y a aucun avantage à la préférer à la cinchonine avec laquelle on la fait, cette substance n'offre pour le médecin aucun intérêt ni thérapeutique, ni économique ; elle doit, en conséquence, être rejetée.

Quinoïdine. — Composé qui se tire du marc des eaux-mères desquelles on extrait la quinine, et qui contient les alcaloïdes et les matières extractives du quinquina, en quantité variable.

Son action physiologique sur le système nerveux et sur le cœur est la même que celle de la quinine ; elle est très-stimulante pour les organes digestifs. Elle a été vantée comme fébrifuge, par Natorp, de Berlin, MM. Ossieur et Staffer l'ont préconisée comme moyen économique. Sa puissance fébrifuge est à celle du sulfate de quinine comme 1 est à 4. On administre cette préparation à des doses de beaucoup supérieures à celles du sulfate.

Comme elle n'offre absolument aucun avantage, elle doit être rejetée d'une manière générale ; elle ne peut guère servir qu'en lavements, comme moyen économique.

Iodure et iodhydrate de quinine. — On a, depuis quelque temps, singulièrement vanté les combinaisons des alcaloïdes du quinquina avec l'iode, dans la pensée qu'on unissait deux substance toniques. Ce sel est non-seulement peu soluble, mais même il résiste aux sucs gastriques, à tel point qu'on administre l'iode pour neutraliser la quinine, dans les cas où elle a agi comme toxique. De plus, il se compose de deux substances à propriétés opposées.

C'est un médicament à bannir de la thérapeutique.

Iodure de fer et de quinine. — Cette combinaison, qui se présente sous forme solide et insoluble, offrant les mêmes inconvénients que la précédente, doit, comme elle, être complétement rejetée.

Si l'on voulait, à la rigueur, donner concurremment l'iode, le fer et les sels de quinine, il faudrait faire prendre chacun de ces composants isolément et à des heures différentes.

Tisanes de quinquina. — On administre assez peu l'écorce du

Pérou sous cette forme; cependant, comme il se présente de temps en temps des occasions de l'employer, je vais en donner la valeur médicamenteuse.

Ces tisanes se font de trois manières :

1° Par la *macération*, qu'on opère en laissant déposer, pendant douze ou vingt-quatre heures dans l'eau froide, une certaine quantité d'écorces concassées de quinquina.

Cette préparation contient les kinates des alcaloïdes, qui sont toujours en très-petite quantité, le kinate de chaux, le rouge cinchonique soluble, la matière colorante jaune, la gomme et quelques parties de la combinaison des alcaloïdes avec le rouge cinchonique. C'est la préparation aqueuse la plus faible; elle n'est point fébrifuge.

2° Par *infusion*, qui se fait en jetant de l'eau bouillante sur les écorces de quinquina. L'infusion contient les mêmes principes que la macération, mais en plus grande quantité. Elle est, par conséquent, un peu plus fébrifuge et un peu plus tonique.

3° Par *décoction*, qui se fait en tenant l'écorce de quinquina pendant une ou plusieurs heures, dans de l'eau bouillante. Cette préparation, la plus forte des trois, contient les kinates des alcaloïdes, le kinate de chaux, une partie de la combinaison des alcaloïdes avec le rouge cinchonique, le rouge cinchonique soluble, la gomme, l'amidon et la matière colorante jaune. Elle tire de l'écorce les deux tiers de ses alcaloïdes, mais elle a l'inconvénient de se troubler par le refroidissement et de fournir un dépôt assez considérable, qui résulte de la combinaison de l'amidon peu soluble à froid, et d'une partie du tannin que la chaleur, en la modifiant, a rendu insoluble, avec une partie des alcaloïdes qu'ils entraînent dans leur précipitation.

La décoction ainsi trouble ne peut servir que pour des lotions ou pour des lavements. Quand on veut employer cette préparation comme tisane, il faut la passer, ce qui l'affaiblit à tel point que la simple infusion lui est préférable. Prise à l'état trouble, la décoction de quinquina peut être considérée comme fébrifuge, mais comme un fébrifuge peu commode à faire prendre.

Teintures de quinquina, ou alcoolés de quinquina. — On trouve en pharmacie trois teintures : 1° celle du quinquina gris; 2° celle du quinquina jaune; 3° celle du quinquina rouge.

On les prépare en faisant macérer le quinquina concassé pendant quinze jours dans de l'alcool médiocrement concentré, puis on passe à travers un filtre.

L'alcool ayant la faculté de dissoudre complétement les kinates

d'alcaloïdes, les combinaisons du rouge cinchonique avec ces mêmes alcaloïdes, le rouge cinchonique soluble et la matière jaune, le quinquina est dépouillé de toutes ses parties actives.

Les teintures sont donc fort riches en alcaloïdes ; mais l'effet stimulant de l'alcool, tendant à contre-balancer l'effet hyposthénisant de ces bases, ces préparations sont rarement employées comme fébrifuges ; lorsqu'on les prend à petites doses, elles constituent des stimulants assez actifs des muqueuses gastriques.

Vins, ou œnolés de quinquina. — Le vin se charge assez facilement des principes actifs du quinquina. En effet, l'eau, l'alcool et les acides qu'il contient détachent les alcaloïdes de leurs combinaisons naturelles et les tiennent ensuite en dissolution ; les rouges cinchoniques et la matière colorante jaune sont également dissous.

Les vins soit blancs, soit clairets et acides, sont ceux qui enlèvent le plus d'alcaloïdes ; ils en dissocient et en dissolvent les deux tiers de ce qui s'en trouve dans l'écorce : aussi ces vins sont-ils les plus fébrifuges, et peuvent-ils être employés dans ce but, par exemple, le vin de Séguin.

Les vins jaunes d'Espagne, de Madère, de Lunel, etc., dissolvent plus de matières colorantes, de tannin et moins d'alcaloïdes que les premiers ; de plus, ces alcaloïdes s'y combinant avec la matière colorante du vin et avec le tannin, y sont à l'état presque insoluble.

Ces vins sont médiocrement fébrifuges, et assez bons toniques.

Les vins rouges foncés enlèvent une partie des alcaloïdes à leurs combinaisons naturelles ; mais comme ceux-ci se trouvent en contact avec le tannin et une matière colorante rouge, il en résulte une nouvelle combinaison excessivement insoluble qui les précipite, de sorte que, quand ces vins sont filtrés, ils ne contiennent presque plus d'alcaloïdes. Les matières extractives restent seules en dissolution. Ces vins sont de bons astringents et de bons toniques, mais de très-mauvais fébrifuges.

Sirops de quinquina. — 1° Sirop à l'eau, qui se fait en mettant du quinquina gris bouillir dans de l'eau, durant un quart d'heure, en faisant évaporer, puis en ajoutant le sucre.

Ce sirop n'est qu'une faible décoction unie à du sucre ; il contient les matières colorantes et extractives, et très-peu d'alcaloïde. Une cuillerée à bouche contient un demi-centigramme d'alcaloïde ; il a la saveur légèrement astringente et légèrement amère des pastilles de quinine.

C'est un médicament légèrement tonique.

2° Sirop de quinquina jaune. Il est très-amer, contient quelques

portions des alcaloïdes, environ 10 centigrammes de quinine par cuillerée à bouche, et une petite partie de matières extractives; il est légèrement fébrifuge. C'est une préparation inutile, car les enfants eux-mêmes n'en veulent pas.

Sirop de quinquina au vin. — Il doit se faire avec le quinquina gris, dont on fait délayer l'extrait dans du vin de Madère ou de Lunel; il s'y dissout beaucoup de matières extractives et peu d'alcaloïdes. Ce sirop, qui est peu amer et très-agréable au goût, peut être considéré comme un bon et agréable stimulant de l'estomac.

On fait avec le quinquina deux extraits qui ont eu une grande réputation, qu'ils ne méritent pas.

L'*extrait mou* est le composé le moins comparable à lui-même que possible. Pour le faire, le Codex prescrit l'emploi du quinquina gris; la plupart des pharmaciens se servent du quinquina jaune. Le Codex prescrit aussi de faire cet extrait par décoction, et cependant il existe en pharmacie deux autres modes tout aussi suivis que celui du Codex, l'infusion et la dissolution par l'alcool, ce qui constitue six extraits mous, différents l'un de l'autre. Les deux qu'on puisse conserver sont l'extrait mou de quinquina gris, fait par voie de décoction, et celui de quinquina jaune, obtenu par l'alcool.

L'extrait mou de quinquina gris se fait en mettant bouillir les écorces dans de l'eau, en passant à travers une chausse, pour en séparer les matières étrangères puis en évaporant.

Le quinate de chaux, celui de cinchonine, la matière rouge soluble, une partie de la combinaison du rouge cinchonique avec la cinchonine, la matière jaune, la gomme et l'amidon se dissolvent; mais par le fait de l'action prolongée de la chaleur, le rouge cinchonique a subi une altération qui le rend insoluble, de sorte que quand la liqueur se refroidit, il se fait un dépôt considérable d'amidon et de rouge cinchonique combiné avec la cinchonine; et quand on met cet extrait dans une potion, toute la partie insoluble se dépose, trouble la potion, et laisse un dépôt dans lequel l'alcaloïde est enchaîné et devient inerte.

Ainsi, un kilogramme d'écorce de quinquina gris donne 255 grammes d'extrait mou, contenant 5 grammes d'alcaloïde; mais, sur cette quantité, 55 grammes, c'est-à-dire un cinquième est insoluble en entraînent un tiers de l'alcaloïde, qui constituent le dépôt ou la portion inerte.

4 grammes de cet extrait représentent 20 à 25 grammes de poudre de quinquina, et 8 centigrammes de cinchonine. Cet extrait ne contient, en quelque sorte, que des matières astringentes et très-peu

de l'alcaloïde le plus faible. Il a une saveur acerbe, styptique et nullement amère. C'est un léger tonique astringent, ne jouissant, à aucun degré de la propriété fébrifuge, qui peut être remplacé avec avantage par le premier tonique venu.

L'extrait mou de quinquina jaune se fait en traitant les écorces par l'alcool chaud, puis en mêlant graduellement la liqueur alcoolique avec de l'eau.

L'alcool dissout les mêmes substances que l'eau, mais en plus grande quantité, aussi se fait-il un précipité par le refroidissement; mais comme le rouge cinchonique soluble n'a pas été modifié, il ne se dépose pas et n'entraîne pas d'alcaloïde, comme le fait la décoction. Un kilogramme d'écorce donne 260 grammes de cet extrait, contenant 24 grammes de quinine; mais sur cette quantité, 76 grammes se déposent, entraînant un tiers de la quinine : 4 grammes représentent de 16 à 20 grammes de poudre, et 36 centigrammes de quinine.

Cet extrait contient donc, outre les matières extractives, beaucoup d'alcaloïdes; il est très-amer, peu acerbe, peu tonique et assez fébrifuge.

Sa puissance est à celle du sulfate de quinine comme 1 est à 4. On le donne à la dose de 2 à 4 grammes.

L'extrait sec, dit de la Garaye, a joui d'une bien plus grande célébrité que l'extrait mou; il se vendait au poids de l'or. C'est cependant une préparation dont l'action est complétement nulle.

On fait cet extrait en lessivant avec de l'eau la poudre de quinquina gris, en faisant évaporer la liqueur en consistance de sirop, et en l'étalant avec un pinceau sur des assiettes pour le faire sécher.

L'eau dissout le quinate de chaux, celui de cinchonine, le rouge cinchonique soluble, la matière colorante jaune, la gomme et une très-petite quantité de la combinaison du rouge cinchonique avec la cinchonine.

Cet extrait contient donc quelques matières extractives et seulement des traces de cinchonine.

Sa saveur est semblable à celle qui résulterait d'un mélange d'un tiers de cachou et de deux tiers de substance gommeuse.

C'est un composé à peu près inerte, qui doit être supprimé de la matière médicale. On le donne à la dose de 4 grammes, mais cette dose est arbitraire, car je l'ai portée à 15 grammes, sans observer le moindre effet.

La poudre de quinquina, substance amère, désagréable à avaler, fatigante pour l'estomac, formant quelquefois dans les intestins des

masses qui deviennent des corps étrangers. Elle contient les alcaloïdes en combinaison fixe avec les substances tannantes, et l'estomac a de la peine à opérer cette désagrégation. La quantité de quinine variant dans les quinquinas de 3,000 à 0, la poudre est, par conséquent, une préparation à laquelle on ne peut pas se fier; aussi ne peut-elle guère servir à l'intérieur que comme un léger tonique stimulant des voies digestives.

Son usage principal est l'emploi, comme topique tannant, pour le pansement des surfaces gangréneuses.

Après avoir ainsi passé en revue chacune des substances que le quinquina fournit à la matière médicale, et après en avoir déterminé la valeur médicamenteuse, il est facile de juger d'un coup d'œil quelles ressources le médecin peut en tirer.

Le quinquina contient des parties tonifiantes, des parties hyposthénisantes et des parties neutres.

Si l'on veut mettre en jeu la propriété tonique ou stimulante, il faudra choisir les préparations dans lesquelles domineront les rouges cinchoniques, la matière jaune, et dans lesquelles ne se trouvera que peu d'alcaloïde. On prescrira alors les infusions, les décoctions, les vins, les teintures, les sirops au vin, les extraits et la poudre de quinquina.

Si, au contraire, on recherche la propriété fébrifuge, il faudra se servir des préparations dans lesquelles domineront les alcaloïdes, et alors on devra tenir grand compte de deux choses, la solubilité et la saveur.

Il faudra se servir des sels solubles des alcaloïdes et les administrer sous la forme liquide. Les sulfates acides répondent à toutes les exigences ; ce sont presque les plus solubles de tous; les sels qui le sont plus qu'eux, ou contiennent moins d'alcaloïdes ou sont moins réguliers dans leur composition, la nature de l'acide n'ayant aucune influence démontrée sur l'action fébrifuge.

Quand la répugnance du malade s'oppose à l'administration des sulfates acides, à raison de leur amertume, il faut employer les sulfates neutres, qui n'ont que peu de saveur et qui s'administrent soit en poudre, soit en suspension dans un véhicule inerte, en ayant soin de faire prendre aussitôt une boisson acidulée. Les autres sels insolubles n'ont aucune vertu particulière. Chez les enfants et chez les personnes auxquelles on ne peut pas faire avaler de poudre, on donnera la quinine brute, qui est complétement insipide, et on la mêlera, soit à des conserves, soit à des aliments mous. Enfin, comme le quinquina fournit trois alcaloïdes fébrifuges, il y a de l'avantage à

les utiliser, en les administrant dans les proportions de leur puissance respective; et, de cette manière, les succédanés du quinquina deviennent inutiles jusqu'à nouvel ordre.

Méthode facile pour préparer l'atropine.

L'atropine se prépare habituellement en faisant une teinture alcoolique, qu'on précipite par la chaux, en reprenant le précipité par l'acide sulfurique en léger excès, et séparant le sulfate de chaux par la filtration. On enlève l'alcool par la distillation; on ajoute de l'eau; on précipite l'alcali par le carbonate de potasse, on le recueille, on le sèche et on le redissout dans l'alcool pour le faire cristalliser. Par ce procédé, 1,000 parties de racine de belladone fournissent 3 parties d'atropine.

M. Luxton croit le procédé suivant aussi bon et plus économique que celui que nous venons de décrire. Voici comment il opère: on fait bouillir pendant deux heures les feuilles de belladone avec assez d'eau pour qu'elles en soient recouvertes; la décoction est ensuite jetée sur un filtre; on répète cette opération en ajoutant un peu d'acide sulfurique; l'albumine végétale se précipite, et l'on enlève la liqueur claire qu'on passe sur un filtre. Dans cette solution, on fait passer un courant de gaz ammoniac. La couleur change et devient noire, tandis que les cristaux d'atropine se déposent lentement. Lorsque l'opération est terminée, on jette ceux-ci sur un filtre, on les lave avec 30 grammes environ d'ammoniaque alcoolisé, on enlève ainsi la majeure partie de la matière colorante, et l'on obtient des cristaux assez blancs que l'on peut, si l'on veut, faire encore cristalliser.

Le rendement est de 5,5/7 pour 1,000, au lieu de 3 pour 1,000.

Observation de pharmacie pratique.

Les riens en apparence ont quelquefois des résultats fâcheux: pourquoi ne pas les prévenir?

La loi exige que les substances toxiques soient renfermées dans des armoires fermant à clef. Mais comme il arrive souvent que ces armoires sont humides et privées d'air, il s'ensuit que les sels déliquescents, quoique renfermés dans des flacons bouchés à l'émeri, s'altèrent, et que ceux qui ont une nature volatile disparaissent complétement, en rongeant l'encre et les étiquettes des flacons qui les entourent. Cet effet est fâcheux en ce qu'il peut occasionner des erreurs graves. On obvie à cet inconvénient en mettant certaines substances dans de doubles flacons, et parmi elles se trouvent le

chlorure d'or, de brome, d'antimoine, l'acide prussique, le prussiate de potasse, le nitrate et l'hyposulfite de soude, l'acétate de potasse, l'iode, l'iodure de fer, de soufre, l'acide chlorhydrique, etc.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la cautérisation dans le traitement des tumeurs et abcès urineux.

M. le professeur Bonnet (de Lyon), lors de son passage à Paris, a appelé l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie sur les bons effets de la cautérisation dans le traitement des divers accidents qui, trop souvent, compliquent les coarctations urétrales. Je suis heureux de pouvoir vous adresser le chapitre de mon Traité de la cautérisation, dans lequel j'expose les doctrines et les résultats de la pratique de votre savant collaborateur.

Si, comme nous l'avons établi, notre traité de la cautérisation appliquée à la cure des maladies de l'intérieur de l'urètre ne doit avoir qu'une importance très-secondaire, il n'en est pas de même lorsqu'on la pratique sur les tissus qui entourent ce canal, dans le but de prévenir ou de détruire les épanchements d'urine qui sont le plus souvent la conséquence de rétrécissements. L'action oblitérante qu'elle exerce sur les vaisseaux et le tissu cellulaire, sa puissance pour détruire les principes septiques et pour empêcher leurs funestes effets sur l'économie, doivent faire pressentir tous les avantages qu'on peut en retirer dans le traitement des tumeurs, des infiltrations et des fistules urinaires.

Ces avantages, généralement méconnus aujourd'hui, avaient été probablement compris de Marc-Aurèle Séverin, Collot et Pye. Comme nous le dirons plus loin, ces auteurs cautérisaient avec le fer rouge le trajet des fistules urinaires. M. Bonnet a fait revivre cette pratique, et les faits nombreux que nous rapporterons dans la suite démontreront suffisamment que la cautérisation, loin d'augmenter alors l'inflammation et la fièvre, modère celles-ci, localise la maladie, et prépare la guérison définitive.

Dans les articles consacrés aux tumeurs, aux infiltrations et aux fistules urinaires, nous indiquerons, à propos de chacune de ces maladies en particulier, les procédés à suivre et les précautions à prendre pour assurer le succès de cette méthode de traitement. Nous dirons toutefois ici que M. Bonnet préfère le fer rouge aux caustiques, parce que, dans ces cas, il faut agir avec promptitude, et parce qu'à

son aide l'on peut mieux régulariser les cautérisations. On le promène sur les surfaces à cautériser jusqu'à ce qu'elles soient complétement sèches. Cependant, comme les escarres que produit le fer rouge sont superficielles et qu'elles ne tardent pas à donner de l'odeur, M. Bonnet fait suivre quelquefois la cautérisation au fer rouge d'une application pendant quelques heures de pâte au chlorure de zinc, caustique qui a la propriété de dessécher les tissus. D'autres fois, il se contente d'appliquer sur la plaie, lorsque les parties mortifiées se détachent, de la charpie trempée dans une dissolution de chlorure de zinc à un centième.

Mais tout en agissant sur les tumeurs, les infiltrations et les fistules urinaires par l'incision et la cautérisation, il est de toute nécessité de traiter les rétrécissements, en un mot, de rétablir le cours des urines.

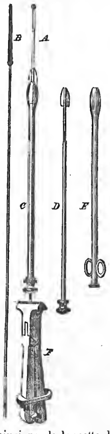
Afin de faire bien comprendre les procédés qui ont été mis en usage dans la plupart des faits qui seront rapportés dans la suite, nous dirons d'abord quelques mots de l'incision des rétrécissements.

Incision des rétrécissements du canal de l'urètre. — Malgré les travaux nombreux dont les rétrécissements ont été l'objet, beaucoup de lacunes restent encore à remplir :

1° Ainsi, lorsque l'on rencontre des rétrécissements qui, par leur étroitesse, leur longueur et la densité de leurs parois, ne permettent pas de réussir par la dilatation, avec laquelle on ne peut les traverser ou porter leur diamètre au delà de 3 millimètres, quelle est la conduite que le chirurgien doit tenir? Insister sur la dilatation : mais il est des cas où, malgré les ménagemeuts que l'on emploie, le temps que l'on y consacre, l'on ne peut dépasser un degré insuffisant de dilatation; 2° cautériser le rétrécissement : mais ces coarctations si résistantes sont formées de tissus fibreux épais que la cautérisation est impuissante à détruire; 3° les couper avec les scarificateurs qui divisent d'arrière en avant; mais pour faire pénétrer ces instruments à travers la coarctation, il faut que le rétrécissement ait au moins 4 millimètres de diamètre, le genre de scarificateur dont nous parlons ne pouvant avoir un moindre diamètre. Se servir des scarificateurs qui coupent d'avant en arrière: mais tous ceux que l'on a construits, et qu'il n'est pas de notre sujet de décrire ici, pénétrant sans être dirigés par un guide sûr, exposent à fairo de fausses routes, ou bien ne réunissent pas l'eusemble des conditions qui peuvent les rendre pratiques.

Pour résoudre le problème difficile de l'incision des rétrécisse-

ments d'avant en arrière, M. le professeur Bonnet, de Lyon, mettant à profit ce qui avait déjà été fait dans cette voie, a imaginé le moyen suivant, qui permet de faire l'incision avec une grande précision. Après avoir obtenu la plus grande dilatation possible, il traverse le rétrécissement avec une tige métallique qui sert de guide à un urétrotome avec lequel il coupe les rétrécissements d'avant en arrière, sans crainte de faire de fausses routes.



La tige métallique ou le stylet conducteur (fig. A) ne doit avoir que 1 millimètre à 1 millimètre un tiers de diamètre; il doit être en argent, afin de n'être pas exposé à se rompre, bien qu'il ait de la flexibilité; sa longueur doit être de deux fois et demie celle de l'urétrotome, c'est-à-dire de 50 centimètres, à peu près : les détails du Manuel opératoire feront comprendre cette nécessité. Il est terminé par une boule, pour n'être point piquant à son extrémité. Si, ainsi constitué, il pénètre avec assez de facilité à travers les rétrécissements qui ont plus de 4 millimètres de diamètre, il n'entre jamais seul à travers les coarctations d'un diamètre plus petit. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet a eu l'idée de le terminer par une petite bougie en gomme élastique (fig. B) qui, par son étroitesse et sa flexibilité, lui permet d'être introduit à travers les coarctations beaucoup plus facilement.

L'urétrotome (fig. C) rappelle l'ancien scarificateur d'avant en arrière de M. le docteur Reybard. Il consiste en une lancette placée à l'extrémité d'une tige de 20 centimètres de longueur, et renfermée ainsi que la lancette dans une canule aplatie à son extrémité vésicale (fig. *e*). La lancette et la tige de l'instrument sont perforées dans leur centre et dans toute leur longueur pour laisser passer le stylet conducteur qui doit le faire pénétrer à travers la coarctation. La lancette (fig. D) qui sert à couper le rétrécissement peut avoir divers diamètres; M. Bonnet a adopté, en général, celui de 8 millimètres, l'expérience lui ayant prouvé qu'avec cette dimension, on peut cou-

per les brides dans une étendue suffisante, et sans exposer à des hémorrhagies graves ou à des infiltrations d'urine.

La circonférence d'une lame de 8 millimètres étant de 16 millimètres, on voit que le canal qu'elle aura frayé n'aura, en prenant une forme arrondie, que 5 millimètres un tiers de diamètre; cette dimension peut sembler insuffisante, mais elle est immédiatement agrandie par la pénétration de la canule enveloppante (fig. E), dont la circonférence étant de 20 millimètres représente un cercle de 7 millimètres. La facilité avec laquelle la déchirure s'agrandit explique comment on peut passer immédiatement et successivement des sondes de 7, 7 un tiers, 7 deux tiers à 8 millimètres.

L'urétrotome peut être droit ou courbe. Dans ses premières opérations, M. Bonnet a fait usage de l'urétrotome droit; il a employé plus tard les instruments légèrement courbes, pensant qu'ils suivraient plus facilement la tige conductrice, et exposeraient moins à la faire plier et, par suite, à faire croire que l'on est arrêté par le bouton terminal, tandis qu'on ne l'est que par un coude du stylet conducteur. Mais l'expérience n'ayant pas justifié toutes ses espérances, il en est revenu à l'instrument droit, qui est plus simple et d'une exécution plus facile.

Manuel opératoire. — Un temps plus ou moins long est employé à la dilatation progressive, et lorsque des bougies de 3 à 4 millimètres de diamètre peuvent traverser le rétrécissement et ne produisent pas une vive irritation du canal, M. Bonnet regarde le moment de l'opération comme arrivé.

Le malade étant placé sur le bord d'un lit, comme dans la taille, l'opérateur, qui est entre ses jambes, fait pénétrer le conducteur jusqu'à la région prostatique, c'est-à-dire à 17 ou 19 centimètres de profondeur, suivant la longueur de la verge.

Le conducteur droit convenablement fixé, un aide le saisit avec une pince plate, immédiatement au-devant de la verge; M. Bonnet fait entrer dans sa partie restant au dehors l'urétrotome dont le centre est perforé. Quand celui-ci est arrivé près du gland et que le conducteur ressort par l'autre extrémité, il saisit avec la pince (fig. F), qui était placée jusque-là au-devant du canal, l'extrémité du conducteur. Cette pince, maintenue contre la poitrine, rend ce conducteur complétement immobile. L'urétrotome fermé est alors introduit dans le canal, pendant qu'un aide tire la verge en avant. Lorsqu'il est arrêté par le rétrécissement, la lame est mise à découvert, et l'opérateur, pressant sur le bouton qui répond à la lame, enfonce l'instrument et lui imprime la même direction que s'il s'agissait d'une sonde

ordinaire ; il ne suspend ses efforts que lorsque l'urétrotome, rencontrant le bouton du conducteur, ne peut pénétrer plus avant. Tout l'appareil est alors retiré du canal, et l'on vérifie le résultat obtenu en introduisant successivement des sondes en étain ou à tête de 7, 7 un tiers, 7 deux tiers, et même 8 millimètres et quart de diamètre. Le malade est laissé en repos pendant quatre ou cinq jours. Au bout de ce temps, on lui passe des sondes en étain qu'on ne laisse point à demeure, de 7 à 8 millimètres. Ces introductions sont faites habituellement, d'abord tous les deux jours, puis tous les jours, pendant deux à trois semaines. La guérison paraissant alors complète, on diminue graduellement la fréquence du cathétérisme. Les malades doivent toujours avoir deux sondes en étain, l'une de 6, l'autre de 7 millimètres de diamètre, et passer la plus grosse, au moins tous les huit ou dix jours, pendant plusieurs années.

Nous pourrions comparer la méthode que nous venons de décrire à toutes celles qui ont été proposées pour faire la section des rétrécissements d'avant en arrière, et surtout à celle de M. Maisonneuve, qui vient d'avoir tant de retentissement; mais cet examen nous éloignerait trop de notre sujet: nous nous bornerons à faire remarquer que la méthode de M. Bonnet a été depuis longtemps publiée, une fois avec gravures, dans la Gazette des Hôpitaux, en 1848, une autre fois dans la Thèse soutenue à Paris par M. Gay en 1852, et intitulée : Du Traitement des fistules urinaires par la cautérisation.

Quant aux résultats qu'elle donne dans les rétrécissements simples, il n'est pas non plus de notre sujet de les exposer avec détails. Nous ne l'avons décrite que pour faire comprendre l'ensemble et la combinaison de moyens qui ont été nécessaires dans les opérations dont la cautérisation formait une partie ; on verra, par les observations détaillées que nous citerons, que dans les rétrécissements très-graves qui accompagnent les fistules urinaires, on a obtenu des guérisons faciles qui ont été constatées pendant trois, quatre, et même sept ans.

Ceci établi, nous pouvons rentrer dans notre sujet.

On sait que les tumeurs urinaires, le plus souvent conséquence de rétrécissements du canal, sont le premier degré des fistules, et que l'urine, avant de se frayer au dehors un passage accidentel, s'accumule ordinairement dans une cavité circonscrite, où elle ne tarde pas à se mélanger avec du pus.

Ces tumeurs, qu'il n'est pas de notre sujet de décrire, sont souvent le résultat d'une crevasse qui s'est faite à la paroi de l'urètre, au delà de l'obstacle qui s'oppose au cours de l'urine. Il en est ce-

pendant où la communication avec l'urètre ne peut être démontrée. Le liquide urinaire passe alors, par filtration, dans le tissu cellulaire et vient former au périnée une tumeur fluctuante. Si l'épanchement de l'urine ne se fait pas d'une manière brusque, une inflammation adhésive produit bientôt autour des liquides épanchés une oblitération qui l'empêche de pénétrer dans les tissus ambiants. Le plus souvent il n'y a qu'une de ces tumeurs; elle se trouve placée au périnée, dans la direction de l'urètre; quelquefois elle est située sur une des parties latérales de ce canal, au niveau des racines du corps caverneux. Dans le principe, les tumeurs urinaires sont dures et causent peu de douleur; elles se ramollissent dans la suite et finissent le plus souvent par s'abcéder. L'urine quelquefois rompt brusquement la barrière qui lui est opposée par l'organisation réparatrice, et produit ces graves accidents d'infiltration auxquels sera consacré le chapitre suivant.

Quel doit être le traitement à opposer à de pareilles lésions? Il faut : 1° combattre le rétrécissement qui empêche l'urine de passer par ses voies naturelles; 2° ouvrir la cavité où ce liquide se trouve épanché. Mais dans quel ordre ce traitement doit-il être accompli? Presque tous les auteurs recommandent d'attaquer en premier lieu le rétrécissement, si l'on veut avoir raison des tumeurs urinaires.

Si la tumeur s'est développée lentement et qu'elle ne s'accompagne d'aucun accident grave, et que le rétrécissement soit de la nature de ceux que la dilatation peut guérir, ce conseil doit être rigoureusement suivi. On a vu des tumeurs urinaires peu volumineuses, dures, et à peu près insensibles à la pression, que la dilatation des rétrécissements avait suffi pour faire disparaître.

Mais lorsque l'on a affaire à des tumeurs volumineuses, vivement enflammées, contenant du pus mélangé avec de l'urine et donnant lieu à des fièvres précédées de frissons, lorsque ces tumeurs coïncident avec des rétrécissements formés de tissu fibreux impossible à franchir par la dilatation, cette succession dans le traitement, opération d'abord sur le rétrécissement, puis sur la fistule, ne doit plus être observée. La dilatation, ou même l'incision du rétrécissement, ne ferait alors qu'augmenter le développement de la tumeur urinaire, et exposerait encore davantage aux funestes effets qu'il faut combattre avant tout.

Les tumeurs urinaires ont été directement attaquées de plusieurs manières. Les uns ont proposé de les ouvrir, afin de donner issue à l'urine mélangée de pus; d'autres, et c'est le plus grand nombre, conseillent de pratiquer une large incision. Ce débridement de la

tumeur est sans doute très-utile; mais doit-on se borner à cette large incision ? Si l'on songe que l'urine est obligée de traverser continuellement la plaie à laquelle on vient de donner naissance, on comprend facilement le vice de cette méthode de traitement, qui permet à ce liquide de s'infiltrer dans le tissu cellulaire ambiant, dont la gangrène peut donner lieu à de graves phénomènes d'intoxication.

L'incision des tumeurs urinaires, suivie de la cautérisation destructive de l'intérieur de leur cavité, telle que la recommande M. Bonnet, remplit mieux que tout autre traitement les deux indications majeures, c'est-à-dire l'évacuation des matières et l'oblitération, si nécessaire, du tissu cellulaire ambiant, afin que l'urine ne puisse plus s'infiltrer.

Après avoir ouvert la tumeur dans toute son étendue avec un cautère cultellaire ou le bistouri, M. Bonnet en pratique l'incision, et éteint ensuite dans sa cavité un nombre de fers rouges suffisant pour que l'escarre soit complétement sèche. Une précaution indispensable consiste à introduire dans l'intérieur du canal de l'urètre, jusqu'au rétrécissement, un cathéter destiné à refouler en haut ce canal, de manière à le mettre à l'abri du fer rouge; puis à ne cautériser que très-superficiellement la partie profonde de la tumeur.

Après les premières heures de souffrances qui sont inévitablement liées à cette cautérisation, le malade éprouve un certain soulagement. Si la sortie de l'urine diminue ou cesse complétement par le canal, elle devient abondante par le périnée; la vessie se vide enfin du liquide qui la dilatait, les besoins d'uriner sont moins fréquents, la fièvre, si elle existait, diminue au bout de quelques jours, et jamais l'on ne voit de gonflement œdémateux, ni érysipèle, ni phlegmon; la plaie contient pendant les premiers jours une matière fétide, et l'odeur ne cesse entièrement qu'à l'époque où toutes les escarres se détachent, ce qui arrive ordinairement du huitième au dixième jour. Pendant ce temps, M. Bonnet panse la plaie avec de la charpie trempée dans des liquides antiseptiques, tels que l'alcool vulnéraire, et, lorsque plus tard on a incisé le rétrécissement, la plaie ne tarde pas à se cicatriser.

Résultats de l'incision suivie de la cautérisation des tumeurs urinaires.—Cette méthode de traitement a été employée un assez grand nombre de fois et avec assez de succès pour mériter la sérieuse attention des chirurgiens. Dans les trois cas où nous l'avons vu mettre en usage, elle a parfaitement réussi.

Le premier malade, M. le capitaine X..., qui fut opéré de la sorte, en 1850, par M. Bonnet, était âgé de trente-six ans. Il portait depuis

longues années un rétrécissement pour lequel la dilatation s'était montrée impuissante. Des manœuvres souvent répétées et infructueuses avaient fini par irriter le canal et donner lieu à une tumeur urinaire siégeant sur le milieu de la région périnéale. Comme elle était enflammée et qu'elle s'accompagnait d'accidents généraux graves, tels que fièvre avec frisson, malaises généraux, etc., M. Bonnet l'incisa dans toute son étendue, et cautérisa son intérieur avec le fer rouge, comme il a été dit plus haut. Cette cautérisation ne tarda pas à faire cesser les phénomènes généraux graves, et lorsque les escarres se détachèrent, la plaie offrit un aspect rouge vermeil. M. Bonnet ayant détruit cette complication fâcheuse incisa d'avant en arrière le rétrécissement, et dès lors l'urine pouvant s'écouler librement à travers ses voies naturelles, la plaie ne tarda pas à se cicatriser. On a eu dernièrement des nouvelles de ce malade, la cure se maintient.

M. Bonnet fut appelé en consultation par M. Gensoul, en 1852, pour un malade qui portait au périnée une tumeur urinaire, suite d'un rétrécissement du canal de l'urètre, et qui tendait à s'accroître chaque jour de plus en plus. M. Gensoul, approuvant la méthode décrite plus haut, la mit en pratique dans la maison de santé de Mlle Delaunay, d'où le malade sortit après un mois et demi de traitement, avec une fistule simple. Il a été revu en 1855 : la fistule était guérie et l'on pouvait faire pénétrer dans la vessie une sonde de 9 millimètres de diamètre.

Enfin, un troisième malade, atteint d'une tumeur urinaire consécutive à un rétrécissement infranchissable par les moyens ordinaires, entra dans le service de M. Bonnet, le 10 janvier 1853. Les mêmes opérations furent successivement pratiquées sur lui, et il put, quelque temps après, quitter l'hôpital, totalement débarrassé de son rétrécissement et de sa tumeur urinaire. Nous allons rapporter ici, dans tous ses détails, l'observation intéressante de ce malade.

Obs. *Rétrécissement de l'urètre. — Tumeur urinaire au périnée. — Cautérisation au fer rouge. — Incision d'avant en arrière. — Guérison.* (Observation recueillie par M. le docteur Chalamet, ancien interne des hôpitaux). — Charles, âgé de quarante-huit ans, conducteur de diligences, a eu plusieurs blennorrhagies dont on ne l'a jamais bien guéri et qui lui ont laissé une goutte militaire.

Il y a quinze ans, à la suite d'un voyage de Lyon à Marseille, il éprouva des difficultés d'uriner, et une tumeur très-douloureuse se forma au périnée. Un médecin de Marseille le soumit au repos, aux antiphlogistiques locaux et généraux, et en définitive ponctionna cet abcès urineux. Une fistule persista quelque temps, puis se ferma.

Depuis lors la difficulté d'uriner va peu à peu croissant, et finit par inquiéter

le malade, qui, il y a trois ou quatre ans, va trouver un médecin. On le sonde cinq ou six fois, cela facilite le jet d'urine; le malade, se croyant guéri, n'y retourne plus.

Il y a quatre mois, une nouvelle tumeur apparaît au périnée. D'abord petite, elle disparaît lorsque le malade fait de grands efforts pour uriner; il sort alors par le canal quelques gouttes de muco-pus. Bientôt elle prend des proportions plus considérables et ne s'affaisse plus. C'est à cette époque que Charles entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 2, le 10 janvier 1853, dans l'état suivant :

La difficulté d'uriner est grande, le jet d'urine est filiforme, tortillé; — tumeur au périnée de la grosseur d'un œuf de poule, dure, calleuse; — œdème des bourses; — par le cathétérisme on constate un rétrécissement à 12 centimètres; on ne peut le franchir.

Le 18 janvier, après éthérisation, on attaque la tumeur par le fer rouge. Les jambes relevées et écartées, des cautères cultellaires entament profondément la tumeur. Le tissu lardacé infiltré de pus sur lequel on tombe est en entier détruit par le feu.

Le 20, hémorrhagie inquiétante; la compression l'arrête.

Le 21, la plaie est sanieuse, fétide, saignante; application de chlorure de zinc pendant six heures (jusqu'à dessiccation complète).

Depuis cette cautérisation, l'état général du malade, qui demeurait inquiétant, se raffermit peu à peu; son moral se relève.

Huit à dix jours après, l'escarre tombe et laisse à nu une plaie rouge couverte de bourgeons de bonne nature.

On panse avec de la pommade au sulfate de zinc. L'œdème des bourses disparaît peu à peu; la vaste plaie du périnée se rétrécit; le malade va bien; on essaye en vain de dilater le rétrécissement; une seule fois on a pu traverser avec une petite bougie.

Le 1er mars, le stylet précurseur de M. Bonnet est introduit dans le canal; et pénètre dans la vessie. L'urétrotome est aussitôt passé et en un instant on peut introduire une sonde de 7 millimètres deux tiers à travers un rétrécissement que rien ne pouvait traverser.

Le surlendemain de l'opération, un peu de fièvre oblige à laisser reposer le malade.

Quatre jours après, on passe de nouveau la sonde de 7 millimètres deux tiers; puis tous les jours on le sonde jusqu'à ce que la sonde de 8 millimètres ait franchi le rétrécissement.

Le 14 mars, Charles sort de l'hôpital, pissant très-facilement, sans douleur, et ne portant plus au périnée qu'une petite plaie par où l'urine ne s'échappe plus.

Nous avons depuis lors l'occasion de voir tous les huit jours cet homme; la cure se maintient. PHILIPEAUX, D. M.,

à Lyon.

BULLETIN DES HOPITAUX.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE, SUITE DE FIÈVRE TYPHOÏDE; CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE; CHLORATE DE POTASSE; GUÉRISON. — Nous cherchions, dans un de nos derniers numéros, à rappeler l'attention sur

les avantages des caustiques dans la gangrène de la bouche. Il était à craindre, en effet, que les résultats si remarquables obtenus dans la stomatite avec le chlorate de potasse ne fissent perdre de vue les bons effets de la médication par les caustiques. Mais ne pourrait-on pas combiner avantageusement l'une et l'autre? C'est ce qui a été fait avec succès dans l'observation suivante, que nous livrons sans commentaire à nos lecteurs.

Emile L..., âgé de six ans, entre le 12 octobre dernier à l'hôpital des Enfants, service de M. Blache, au sixième jour d'une fièvre typhoïde peu intense. Le 18, il se plaint de souffrir des dernières grosses molaires inférieures du côté droit. Le 20, un examen attentif de la bouche fait découvrir une légère ulcération à fond rouge sur le côté externe de la gencive, siége de la douleur. Le 22, la douleur persiste, ganglions engorgés sous l'angle correspondant de la mâchoire. L'ulcération gingivale s'est étendue en surface et surtout en profondeur. (Cautérisation avec le nitrate d'argent.) Le 24, le fond de l'ulcération est d'un gris noirâtre, déchiqueté; elle s'est creusée profondément dans la partie la plus reculée du sillon gingivo-buccal; l'haleine exhale une odeur fétide. Tout fait soupçonner l'existence de la gangrène; cependant la joue n'offre qu'un léger gonflement mou et diffus. Le 25, l'odeur de l'haleine est tout à fait gangréneuse; d'abondants détritus noirâtres occupent le fond de l'ulcération, beaucoup plus profonde encore que la veille. La face externe de la gencive, au voisinage de l'ulcération, est d'une couleur grisâtre; cette altération remonte même jusque sur le bord gingival, en arrière de la dernière grosse molaire. Une liqueur noirâtre teint les dents voisines. Joue droite gonflée, surtout inférieurement; point plus dur et plus volumineux adhérant à l'os maxillaire. Tristesse, abattement, pâleur extrême; 154 pulsations, pas d'appétit. (Potion gommeuse avec 3 grammes de chlorate de potasse; cautérisation avec un cautère olivaire du volume d'une grosse amande.)

Le lendemain, le malade se tient sur son séant, bien qu'il continue d'être triste et pâle; il ne souffre plus. Le gonflement de la joue droite a augmenté; il continue à être mou et diffus, si ce n'est dans le point correspondant à l'ulcération intérieure. Ce noyau dur et adhérent semble se confondre par sa base très-élargie avec la face externe de l'os maxillaire inférieur. Le pouls est encore fréquent; à 120. (Potion au chlorate de potasse.) Le 27, le noyau induré a diminué de consistance; l'engorgement des tissus ne tient plus qu'à la plaie résultant de la cautérisation. Le 28, toute trace de noyau induré a disparu à la face externe de l'os maxillaire; l'engorgement des gan-

glions n'existe même plus. En dedans de la bouche, l'ulcération gangréneuse a gagné l'angle qui sépare la gencive supérieure de l'inférieure; cependant la fétidité de l'haleine est à peine sensible. Le fond de la plaie cautérisée se déterge; 116 pulsations. (Potion au chlorate de potasse.)

Le 30, il ne reste plus à la joue qu'un léger gonflement mou et diffus. L'ulcération de l'angle des gencives est grisâtre et profonde; les dents se colorent en noir; le malade a beaucoup souffert. (Cautérisation avec le nitrate d'argent). Le 2 novembre, on revient par prudence à une cautérisation avec l'acide nitrique pur. Cette cautérisation est suivie d'un très-bon résultat. Le 6, tout gonflement a disparu, tous les tissus ont une bonne couleur. On aperçoit très-nettement la portion la plus reculée du bord alvéolaire mise à nu et d'une teinte noirâtre. Le 10, le travail de la cicatrisation est en très-bonne voie, l'appétit augmente. On continue la potion au chlorate de potasse et on donne en même temps 100 grammes de vin de Bagnols. Le 20, les chairs ont repris leur niveau autour du bord alvéolaire, qu'on aperçoit toujours avec la coloration foncée au delà de la seconde molaire.

Le 1er décembre, la joue droite conserve toujours un peu de gonflement; la dernière molaire inférieure du même côté est ébranlée et fait souffrir le malade; d'ailleurs, toutes les fonctions se font à merveille. (Une portion d'aliments; vin de Bagnols et vin de quinquina.) Le 10, la dernière molaire inférieure droite est toujours ébranlée et entourée d'un cercle osseux dénudé et noirâtre, que les bourgeons charnus tendent à recouvrir; la joue conserve un peu de volume. La santé est excellente, toutes les fonctions sont intactes. L'enfant est rendu à sa famille.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Asphyxie (*De l'emploi des cautérisations linéaires de la région thoracique supérieure dans l'*). Nous donnions il y a quelques mois, dans ce journal, un fait très-intéressant d'asphyxie par le gaz acide carbonique, dans lequel des cautérisations linéaires pratiquées sur le haut de la poitrine avaient ramené à la vie une femme que l'on devait considérer comme inévitablement perdue. L'auteur de cette intéressante observation, M. Faure, s'est livré à quelques expériences relativement aux effets que l'on peut attendre en thérapeutique de ces cautérisations. Bien que, dans notre opinion, le mode suivant lequel les cautérisations sont pratiquées ne joue pas un grand rôle dans les résultats obtenus, et qu'en définitive M. Faure n'ait fait que rappeler des choses déjà mises en lumière par Mayor, M. Rayer, etc., telle est l'importance à nos yeux de la cautérisation transcendante dans les cas de ce genre, que nous n'hésitons pas à recommander à l'attention de nos lecteurs les conclusions de notre confrère, quoi-

que ces conclusions, soit dit en passant, ne reposent encore que sur des expériences chez les animaux :

« 1° Chez les animaux, dit M. Faure, quand le cœur a cessé de battre tout à fait, ou même quand les battements sont au-dessous de trois pour cinq secondes, la mort est inévitable, quoi qu'on fasse. Mais en dehors de ces cas extrêmes, dans les cas d'asphyxie, les cautérisations sont capables de ranimer la vie, alors même que tous les autres moyens sont devenus impuissants. 2° Le fer, fortement échauffé, doit tracer des lignes parallèles aux côtes, plus ou moins profondes et étendues, selon la gravité du mal, sur la partie supérieure et latérale de la poitrine, au niveau des quatre ou cinq premières côtes. 3° L'observation démontre que la faculté de réagir sous les cautérisations disparaît des extrémités du corps vers le haut du tronc, d'abord sur les membres, puis sur l'abdomen, la tête, le cou et la partie inférieure de la poitrine, qu'elle reparaît en sens inverse. La partie supérieure du thorax est, en somme, celle qui garde en dernier lieu la faculté d'être excitée. 4° Le premier effet est une contraction musculaire toute locale et sans signe de douleur, puis les côtes se meuvent, le thorax s'élargit, l'inspiration prend de l'ampleur; mais il se passe quelquefois plus d'une minute avant qu'on puisse constater une apparence de sensibilité, même sous la brûlure la plus intense. 5° La cautérisation réveille la contractilité des muscles respiratoires en vertu d'une action réflexe.... 6° Chez les animaux asphyxiés par des délétères et chez ceux qui sont étranglés, pendus, étouffés, le retour à la vie se fait sensiblement dans un temps égal, et avec des phénomènes absolument identiques.... 7° Quand la sensibilité générale est rétablie, il est de la plus haute importance de l'exciter encore, et, pour cela la flagellation est le moyen le plus sûr et le plus facile. On doit persister pendant longtemps et le surveiller longtemps encore. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, août.)

Contracture *des extrémités* (*De la*) *chez les enfants*. Nous parlons dernièrement, à propos de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Paris il y a quelques mois, d'une espèce d'épidémie de contractures observée par M. Aran à l'hôpital Saint-Antoine chez des sujets affectés de fièvre typhoïde. La communication que M. Aran a faite à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux a donné l'idée à M. Barthez de faire rassembler tous les faits de contracture qui ont passé sous ses yeux depuis le commencement de cette année. Ces observations, au nombre de vingt-trois, ont été groupées par son interne, M. Rabaud, en quatre classes : 1° les contractures symptomatiques, dues à une altération appréciable des centres nerveux ou de leurs enveloppes; 2° les contractures symptomatiques, dues à une altération fonctionnelle, à la dentition; 3° les contractures dues à une cachexie; 4° les contractures essentielles, fébriles et de nature rhumatismale. Les contractures symptomatiques ne s'accompagnent généralement pas de douleur ni de boursouflement, à moins d'anasarque antérieure; la peau conserve sa teinte et sa chaleur naturelles; elles sont intermittentes, surviennent par accès, et ces accès, aussi violents à leur début que quelques heures ou quelques jours plus tard, disparaissent spontanément sans avoir eu souvent aucune période de décroissance pour reparaître bientôt; elles s'accompagnent, ou plutôt alternent avec des convulsions qui apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, qui souvent même se montrent les premières. M. Barthez rattache aux contractures symptomatiques celles qui surviennent pendant le cours de maladies diverses, telles que le choléra, la rougeole, la fièvre typhoïde, mais en les isolant en ce que : 1° leur gravité est moins considérable; 2° la lésion qui les accompagne est également moins profonde et surtout moins durable dans la plupart des cas. Cette lésion est probablement quelquefois une congestion séreuse et presque toujours une stase sanguine, une congestion des veines du cerveau ou du rachis. M. Barthez a vu cinq cas de contractures dans le cours de la fièvre typhoïde : un dans lequel les contractures et le délire ont paru dès le premier jour et la mort a eu lieu au seizième jour, les contractures ayant persisté jusqu'à la fin, et le délire s'étant suspendu trois jours avant la mort; les autres, dans lesquels les contractures ont paru au onzième, vingtième, vingt-troisième et vingt-neuvième jour. Ces contractures diffèrent des précédentes : elles n'alternent pas avec des convulsions cloniques, elles sont très-douloureuses (la douleur est de la nature des crampes); leur pronostic n'est pas grave, ou plutôt leur apparition ne change en rien le pronostic. Les con-

tractures cachectiques surviennent assez fréquemment chez les enfants, à la suite d'amaigrissement progressif, de diarrhées prolongées, pendant le cours de la dentition; elles sont indolentes, intermittentes, alternent avec des convulsions, caractère qu'elles ont de commun avec les contractures symptomatiques, mais elles en diffèrent par l'apyrexie, la lenteur, la régularité et la faiblesse du pouls, et surtout par un caractère qui semble propre à ces contractures, l'œdème des extrémités ou l'œdème général avec pâleur et décoloration de la face. Les contractures de nature rhumatismale sont caractérisées, outre la roideur des extrémités, par une tuméfaction locale, avec rougeur diffuse, en un mot, par un véritable gonflement inflammatoire de la main et du poignet, la chaleur de la peau, la douleur tensive et continue s'accroissant par la moindre pression et affectant surtout les articulations métacarpo-phalangiennes, offrant des périodes d'augment et de déclin, sans convulsions. Pour les premières, le pronostic est grave et le traitement nul. Les secondes ont, au contraire, un pronostic peu grave; de même pour les contractures cachectiques, dont la guérison est assez fréquente et dont le traitement consiste à donner des toniques et à réchauffer l'enfant le plus possible. Pronostic également favorable et durée courte pour les contractures aiguës rhumatismales, dont le traitement comprend surtout les antiphlogistiques et les bains. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Fistules recto-vaginales, *traitées avec succès par le cautère actuel.* On ne saurait nier que la chirurgie est entrée aujourd'hui dans une voie plus éclairée et plus morale qu'à aucune autre époque. Si nos chirurgiens ne reculent pas devant les opérations les plus hardies lorsque l'incurabilité de la maladie est à peu près certaine, on les voit, au contraire, essayer tour à tour, avant de se décider à l'opération, les moyens les plus variés, heureux d'éviter aux malades les souffrances et les dangers des opérations. Ainsi, tandis qu'on en est arrivé à instituer les méthodes de traitement les plus ingénieuses pour les fistules vésico-vaginales très-étendues avec large perte de substance; les fistules recto-vaginales sont généralement traitées et avec succès par les cautérisations, qui constituent la méthode la plus générale et la plus efficace de traitement de cette sorte d'affection.

Un médecin anglais, M. Tanner, vient d'apporter à l'appui de cette méthode de traitement trois faits d'autant plus intéressants, que, par leur étendue même, ils semblaient peu favorables à son application. Dans le premier cas, chez une femme de trente ans, mal nourrie, adonnée aux boissons fortes et d'une constitution fortement détériorée, il existait une petite fente d'un demi-pouce de long dans l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin avec ulcération; la sonde passait facilement dans le rectum et une partie des fèces passait par l'ouverture. Cette fistule était survenue à la suite d'une chute dans les escaliers et de la formation probable d'un abcès dans la cloison recto-vaginale. Le 28 avril, cautérisation un peu large de la fistule avec le cautère actuel. Nouvelle cautérisation le 14 mai. Au commencement de juin, l'ouverture était tellement rétrécie qu'on avait peine à y passer un stylet, et depuis quinze jours ou trois semaines, les matières fécales avaient cessé d'y passer. Nouvelle cautérisation, et plus tard, trois cautérisations avec le nitrate d'argent. Guérison, et sortie de l'hôpital le 31 juillet. — Dans le deuxième cas, chez une femme de trente ans, la perte de substance, assez large pour qu'on pût y passer le doigt, était probablement d'origine syphilitique. Effectivement l'anus, le périnée, les grandes et petites lèvres étaient couvertes de nombreux tubercules muqueux, ulcérés en plusieurs points et fournissant un liquide fétide, épais et sanieux; les parois du vagin étaient elles-mêmes épaissies, baignées dans un liquide épais, muco-purulent, parsemées de petites ulcérations. Les renseignements fournis par cette malade n'étaient probablement pas exacts; car elle faisait remonter la maladie à onze ans en arrière, à un accouchement laborieux suivi de prolapsus du rectum et de l'utérus, et elle ajoutait que jamais les matières fécales n'avaient passé par la fistule. Traitement mercuriel et ioduré. Lotions astringentes. Après avoir continué ce traitement pendant quelque temps, touché les tubercules et les ulcérations avec le nitrate d'argent, enlevé les végétations avec les ciseaux, M. Tanner cautérisa avec le fer rouge les bords de l'ouverture, le 12 novembre. Le 29, l'ouverture était déjà diminuée. On revint à la cautérisation actuelle; de même les 15 et 24 décembre, toujours avec amélioration, de sorte que le 7 janvier, l'ouverture était trop petite pour qu'on pût y passer seule-

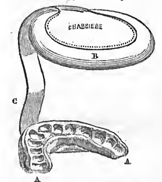
ment une petite sonde ; la malade voulut quitter l'hôpital. — Dans le troisième cas, plus intéressant encore, il est question d'une femme qui avait eu trois accouchements extrêmement laborieux, le dernier deux ans auparavant, et dans celui-ci, il avait fallu pratiquer la perforation du crâne ; la malade s'était rétablie, après avoir cependant beaucoup souffert du côté du vagin. Elle était au huitième mois de sa grossesse lorsqu'elle vint consulter M. Tanner. Tout le vagin formait, pour ainsi dire, une vaste cicatrice et présentait deux ou trois anneaux tendineux, à travers lesquels on arrivait avec grande difficulté sur le col de l'utérus. M. Tanner, ne pensant pas que la grossesse pût sans danger arriver à terme, ponctionna les membranes. Le travail s'établit, mais les cicatrices mirent obstacle au passage de l'enfant, et il fallut les diviser, et même, comme le vagin ne cédait pas, broyer la tête du fœtus. Contre toute attente, la malade se rétablit, mais dès le soir même de l'opération, elle avait rendu la plus grande partie des matières par le vagin. M. Tanner l'avait perdue de vue depuis deux ans, et elle avait même eu une nouvelle grossesse dans l'intervalle, qui avait nécessité la crâniotomie, lorsqu'en septembre 1853, il put constater qu'il existait dans la paroi postérieure du vagin, et aboutissant dans le rectum, une ouverture large comme un schelling. à un pouce et demi de l'anus. Cette ouverture permettait au doigt de pénétrer librement du rectum dans le vagin et du vagin dans le rectum. Les altérations paraissaient si profondes que M. Tanner songeait à diviser la cloison recto-vaginale depuis la fistule jusqu'au périnée pour la simplifier, lorsqu'il lui vint à l'idée d'employer le cautère actuel. Cette petite opération fut faite les 10, 14 et 24 octobre, enfin onze fois, à des intervalles de dix à quinze jours ; peu à peu l'ouverture se rétrécit de plus en plus et la malade quittait l'hôpital parfaitement guério, le 10 avril 1854. La guérison a été solide, malgré les travaux rudes auxquels cette femme se livre et les privations qu'elle souffre. (*The Lancet*, juin.)

Fractures non consolidées (*Bons effets de l'emploi topique de la teinture d'iode dans les*). Encore une ingénieuse application des heureuses et puissantes modifications qu'on peut attendre de la teinture d'iode. Nous donnons sans commentaire les deux faits suivants, désireux qu'ils ne restent pas isolés dans la science.

Ire *Obs.* Ouvrier de vingt-sept ans, faible, maigre ; fracture oblique de l'humérus à 5 centimètres au-dessus du coude, non consolidée malgré un bandage ordinaire. Sous l'influence d'un bon régime et des ferrugineux, la constitution s'améliore ; alors on procède à la guérison de la fausse articulation, en enfonçant une baguette d'ivoire dans chaque extrémité de l'os à 0,015 mètres de la fracture, après avoir coupé les liens ligamenteux qui réunissaient les deux bouts de l'os fracturé. Bandage cartonné. Une inflammation assez vive se déclare, et après une quinzaine de jours, les cylindres d'ivoire devenus mobiles sont retirés. Dans la région de la fracture, on sentait une masse exsudée plus ou moins molle, qui se durcissait peu à peu en une attelle capsulaire ; mais ce travail ne fit pas de progrès ; et deux mois après l'opération, le bras s'est trouvé aussi mobile qu'auparavant. On attendit que les cicatrices des plaies de l'opération fussent devenues plus solides, et alors M. Uhde ayant mis le bras dans une attelle de fer-blanc, le badigeonna presque tous les jours à l'endroit de la fracture avec la teinture d'iode. Les parties molles et les parties osseuses se gonflèrent sous cette influence ; il se forma un cal solide, et, quatre mois et demi après, le bras avait repris toute son aptitude au travail.

IIe *Obs.* Homme robuste, bien portant ; fracture oblique des deux os de la jambe gauche, avec plaie contuse. Pendant trois semaines, fomentations froides et glacées ; puis, plus tard, appareil amidonné. Pas de consolidation. Le 8 décembre 1850, on pratiqua la résection des deux bouts du tibia. Pas de réunion, fin janvier suivant. Nouvelle résection plus considérable que la première. Le 8 avril, la plaie était complétement cicatrisée ; mais, malgré un appareil de Seultet bien surveillé, la fausse articulation existait toujours. On fit alors des applications de teinture d'iode, et quatre semaines plus tard, il y avait un cal solide. Pendant ce traitement, la jambe était parfois fortement enflée et superficiellement douloureuse. La jambe gauche était de 5 centimètres plus courte que la droite. Au mois de juin, le malade pouvait s'y appuyer pendant une heure. (*Deutsche Klinik*, numéro 19, 1855.)

Fractures *des mâchoires (Nouvel appareil pour les), et plus spécialement de l'inférieure.* La simplicité de cet appareil et les bons résultats qu'il a donnés à son auteur, M. Morel-Lavallée, dans deux cas très-difficiles, nous engagent à entrer dans quelques détails à son égard. Il est formé d'une gouttière de gutta-percha, les dents se creusent elles mêmes en s'enfonçant, en mordant en quelque sorte dans cette substance, préalablement ramollie dans l'eau chaude. Le refroidissement spontané, ou opéré par l'eau frappée, durcit en quelques minutes le moule en place. Une gouttière analogue est appliquée du côté sain et séparée de la première par un intervalle suffisant pour l'introduction des aliments; une fronde complète l'appareil. Les dents sont solidement retenues dans les espèces d'alvéoles renversées que s'est formée leur couronne dans la gutta-percha; cette gouttière a en outre l'avantage de s'enlever et de se replacer avec la plus grande facilité. La gutta-percha réunit d'ailleurs toutes les conditions désirables; elle est aisée à manier, à la fois souple et résistante, impénétrable aux humeurs de la bouche, et ne contracte pas, comme le liége, l'odeur infecte qui doit faire abandonner cette écorce poreuse. M. Morel-Lavallée cite deux faits à l'appui de l'emploi de ces



appareils, dont le second est vraiment remarquable : la fracture datait de trois semaines, la réduction était d'une difficulté exceptionnelle, le déplacement opiniâtre. La guérison fut obtenue à l'aide du moule précédent avec cette particularité, comme on le voit dans la gravure ci-contre, qu'à la face supérieure on avait adapté un ressort prenant par son extrémité antérieure rembourrée un point d'appui sous le menton, de sorte que sitôt l'appareil appliqué, le malade put manger et parler, comme si de rien n'était. Cet appareil est également applicable aux fractures du maxillaire supérieur, à celles des arcades dentaires, aux luxations des dents. Pour le corps du maxillaire, c'est l'appareil précédent avec ou sans ressort, et dans ce dernier cas, le ressort prend son point d'appui sous le menton pour les fractures de la mâchoire inférieure, sur la partie postérieure de la tête pour les fractures du maxillaire supérieur. Quant aux fractures des arcades dentaires, on peut les traiter soit par l'attelle et la fronde, soit en appliquant sur le fragment un moule de gutta-percha le dépassant à ses extrémités, trouvant sa fixité sur les dents voisines et sur les inégalités de l'évasement alvéolaire, ou mieux encore à l'aide d'un ressort. Pour une dent saine expulsée, un simple moule. (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, août.)

Lavements de vin (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des*) *dans les maladies asthéniques* Ainsi que l'a fait remarquer M. Aran, c'est surtout chez les personnes peu habituées aux boissons alcooliques que les lavements de vin produisent les effets les plus remarquables. Il n'est donc pas étonnant que ces lavements de vin aient donné de très-heureux résultats chez les enfants, et nous tenons de notre savant confrère M. Blache, qu'il a pu rappeler à la vie, à l'aide de ce moyen, des enfants dont l'état lui paraissait tout à fait désespéré. Un médecin de Draguignan, M. Giraud, vient de publier deux faits qui témoignent également en faveur de ces lavements chez les enfants. Dans un premier fait, chez une petite fille âgée de deux ans et demie, à constitution faible, à tempérament lymphatique et offrant à un haut degré le ramollissement des os de la colonne vertébrale et un engorgement prononcé des tissus blancs dans toutes les articulations du corps, la marche et la station debout étaient presque impossibles. Les préparations ferrugineuses, iodurées, toniques, sous toutes les formes, n'amélioraient point cet état. M. Giraud se décida à donner des quarts de verre de vin en lavement, et à son grand étonnement, cette petite fille put, au bout de six jours, se tenir sur les jambes et marcher. Dans le second fait, il s'agit d'un enfant de six ans affaibli par une longue maladie, catarrhe pulmonaire, congestion du cerveau, accès perni-

cieux, qui a vu revenir ses forces sous l'influence de ce traitement. M. Giraud ajoute : « Le malade a pris de l'huile de foie de morue à cause de son état de maigreur extrême, de la présence antérieure de la croûte de lait et d'un écoulement au cuir chevelu et derrière les oreilles, accompagnés d'un engorgement prononcé des glandes du cou ; mais bien certainement la convalescence a été plus courte qu'on ne devait s'y attendre. (*France Médicale*, septembre.)

Nécrose (*Utilité d'extraire de bonne heure les séquestres dans le cas de*). Tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui sur ce point, que, pour guérir la nécrose, il faut extraire le séquestre nécrosé avec les instruments, si les phénomènes vitaux de l'élimination ne suffisent pas pour cela; mais ils attendent que le séquestre soit mobile, et s'il est invaginé, que le nouvel os soit formé pour procéder à son extraction. C'est précisément contre ces deux préceptes, qu'il combat et tient pour erronés, que M. Mayor père, de Genève, vient de s'élever dans ces derniers temps.

Non, dit-il, il ne faut pas attendre que le séquestre soit mobile, et encore moins que le nouvel os soit formé. Si l'on veut bien se rappeler les phénomènes qui se passent dans l'os vivant au voisinage de celui qui a été frappé de mort à la suite d'une cause quelconque, on aura une explication satisfaisante de leur séparation, c'est-à-dire de la discontinuité do la fibre osseuse vivante de celle qui a été frappée de mort. Dans le second, tous les éléments restent immobiles et identiquement les mêmes, soit sous le rapport de la composition, soit sous celui du volume. Dans le premier, l'os vivant, la vie se manifeste par l'inflammation, l'absorption des parties salines, le ramollissement de son tissu, son augmentation de volume ou la formation des bourgeons charnus, enfin par l'épanchement de lymphe plastique qui se fait à la surface de ces derniers. Il y a donc séparation de continuité entre les parties vivantes de la fibre osseuse et celles qui ont été frappées de mort, et cette séparation a lieu plus promptement qu'on ne le pense; car, sur 16 cas, il en est 3 dans lesquels le séquestre a pu être extrait avant le trentième jour, 2 avant le quarantième, 4 avant le cinquantième, les autres entre le soixante-dixième et le quatre-vingt-dixième. Or, dans 9 de ces cas, il n'y avait aucune apparence de mobilité; dans 3, elle était douteuse; enfin, elle n'était manifeste que dans quatre d'entre eux; et dans ces neuf premiers cas, ainsi que cela résulte des observations consignées dans son travail, M. Mayor a pu, sans trop d'efforts, opérer la séparation du séquestre de l'os vivant, et cela sans jamais avoir éprouvé aucun inconvénient à la suite des manœuvres qu'il a été obligé d'employer. Si l'os mort n'est pas mobile, quoique séparé de l'os vivant, cela dépend des irrégularités des extrémités du séquestre, qui se trouvent enchâssées dans des irrégularités pareilles de l'os qui a survécu, et non pas de la continuité de leur tissu.

Pourquoi attendre davantage la formation du nouvel os ? Est-ce pour servir de moule au premier, pour lui conserver la forme primitive de l'os ? Est-ce pour que le séquestre serve d'attelle pendant l'ossification du périoste, afin de combattre l'action musculaire qui tend à raccourcir le membre ? Rien de tout cela n'est nécessaire. Or, si l'on attend la formation du nouvel os, cette formation rend très-compliquée et très-douloureuse l'opération nécessaire pour l'extraction, et presque impossible dans la plupart des cas de nécrose de l'humérus et du fémur, tandis qu'elle est très-facile, très-simple et peu douloureuse à faire, même sur ces deux derniers os, lorsqu'on opère au plus tard dès le troisième mois de la maladie, avant l'ossification du périoste. Un simple bistouri, pour inciser les parties molles et le périoste, d'une consistance plus ou moins cartilagineuse, un levier, pour séparer le séquestre de l'os vivant, et une pince pour l'extraire, ont suffi souvent dans le dernier cas, tandis que la scie à rotation, à chaînette, le trépan, la gouge, le maillet et diverses formes de tenailles deviennent nécessaires pour cette opération, lorsqu'on a attendu la mobilité du séquestre et la formation du nouvel os. Un appareil à extension et à contre-extension, en contre-balançant l'action musculaire, remplit suffisamment les indications nécessaires dans le premier cas pour que le membre garde sa longueur et sa direction naturelles. — Nous avons conservé aux arguments de M. Mayor toute leur force, et nous croyons effectivement que les raisons données par ce chirurgien militent d'une manière générale en faveur de l'extraction du séquestre pratiquée de bonne heure ; mais il nous semble que M. Mayor a

fait trop bon marché des efforts de la nature, de ces efforts qui, amoindrissant, usant peu à peu le séquestre, le font sortir spontanément par les ouvertures laissées au nouvel os. C'est précisément l'espérance de voir la nature faire mieux et plus sûrement que nous qui a engagé les chirurgiens à ne pas intervenir prématurément, et il nous semble, d'autre part, que M. Mayor considère encore comme trop peu graves les opérations que réclame l'extraction d'un séquestre. Pour les os superficiels, la pratique nous paraît bonne et souvent sans danger ; nous ne pouvons pas la trouver tant soit peu hasardeuse pour les os situés profondément. (*Revue méd. chir.*, juillet.)

Paracentèse *de l'abdomen* (*Peut-on pratiquer la*) *chez un très-jeune enfant?* On est tout disposé à répondre par l'affirmative. Pourquoi, en effet, n'y aurait-on pas recours, comme chez l'adulte, lorsque l'indication est précise? Néanmoins, les auteurs des traités sur les maladies de l'enfance, à très-peu d'exceptions près, s'y montrent en général peu favorables. A cela il y a peut-être plusieurs raisons : l'ascite est assez rare dans la première enfance, et les causes qui la produisent peuvent être attaquées d'une autre manière, ou bien la paracentèse ne fournit, dans des cas vraiment graves, que des résultats peu favorables. Nous pensons néanmoins que cette opération peut être pratiquée avec avantage, et nous en trouvons la preuve dans un fait communiqué à la Société médicale de Londres par M. Wime. Il s'agit d'un enfant de neuf semaines, affecté depuis sa naissance d'hydropisie ascite, de diarrhée et de défaut dans l'action des reins. L'enfant allait de plus en plus mal. M. Wime pratiqua la ponction avec un petit trocart très-fin, et retira ainsi environ un quart de pinte d'un liquide particulier d'un aspect laiteux. L'opération fut très-bien supportée, et l'enfant s'endormit pendant sa durée. Pendant quelque temps, il y eut une véritable amélioration ; les reins reprirent leurs fonctions et la diarrhée se calma. Au bout de trois semaines cependant, le liquide s'était accumulé de nouveau, et l'opération fut pratiquée une seconde fois. Malheureusement, il y eut une hémorrhagie par la petite plaie, et lorsque M. Wime fut appelé, l'enfant était presque mourant. Il mourut, en effet, très-peu de temps après. L'autopsie ne révéla aucune altération grave, à part un gonflement du foie considérable, avec friabilité de cet organe. Il est donc probable que, sans ce fâcheux accident, le petit malade eût guéri ; mais ce fait montre, en même temps que la possibilité et l'utilité de la paracentèse abdominale chez les jeunes enfants, la nécessité de prévoir et d'éviter un autre accident, très-redoutable chez les jeunes sujets, les hémorrhagies, suites de la ponction. (*Med. Society of London.*)

Phlegmasies *pulmonaires* (*De la médication antimoniale sous forme pilulaire dans le traitement des*). On ne fait pas assez attention aux différences qu'entraîne dans les résultats de telle ou telle médication le mode d'administration suivi par le médecin. Il peut cependant arriver que la médication n'ait pas toute son efficacité par le fait du mode d'administration, soit que ce mode soit vicieux, soit que, sans avoir ce côté fâcheux, il conduise trop facilement à l'intolérance ou entraîne quelques accidents qui obligent à renoncer au traitement. C'est ce que l'on peut vérifier très-facilement pour les préparations antimoniales : si on les administre, comme on le fait habituellement, en potions, il y a très-souvent des vomissements, des nausées, des superpurgations, etc. ; mais ce qu'il y a surtout de fâcheux, c'est la production d'une pustulation sur les membranes muqueuses qu'ils traversent ou sur lesquelles ils sont déposés, lorsqu'on les donne à dose élevée et continue. C'est donc avec raison que Roudet avait donné, il y a quelques années, le conseil de prescrire le tartre stibié en pilules; de la sorte le médicament était abandonné à ses propres forces dynamiques; de la sorte aussi, comme il l'avait très-bien vu, on évitait la production des pustules pharyngiennes, etc., et de plus, les phénomènes physiologiques si prononcés attribués au médicament. Dans ces derniers temps, M. Trousseau est revenu lui aussi à la forme pilulaire, mais pour un médicament qui réclame cependant cette précaution à un moindre degré que le tartre stibié, pour le kermès, en faveur duquel le savant professeur paraît définitivement avoir fait une infidélité à son médicament de prédilection, l'oxyde blanc d'antimoine, dans le traitement des phlegmasies pulmonaires. Sans partager les craintes que le kermès excite chez ce savant professeur, à la dose d'un gramme ordi-

nairement, et sans partager non plus les espérances qu'il fonde sur l'emploi du kermès, dont l'efficacité est sans aucun doute au-dessous de celle du tartre stibié dans les phlegmasies pulmonaires proprement dites, nous croyons qu'il est bon de rappeler aux médecins la forme pilulaire comme moyen de faire supporter et surtout de faire continuer sans inconvénient la médication antimoniale dans les cas où cette médication est indiquée. (*Abeille médicale.*)

Tétanos *traumatique traité avec succès par les inhalations de chloroforme.* Le fait que nous allons rapporter soulève de nouveau cette grave question, de savoir si, dans le tétanos, la guérison peut être obtenue par les inhalations de chloroforme, ou si ces inhalations ne sont pas plutôt un moyen palliatif, apportant un soulagement momentané et peu durable d'abord, mais qui le devient d'autant plus que la maladie perd davantage de ses forces et touche à sa fin. Il s'agit en effet d'un jeune homme de dix-sept ans, d'une bonne constitution et d'une santé excellente, qui s'était fait une blessure avec une arme à feu chargée à poudre, et qui, au quinzième jour de l'accident, fut pris, à la suite d'un refroidissement, des premiers symptômes du tétanos. Les jours suivants, la maladie ne fit que s'aggraver, et malgré une saignée, l'administration de l'opium à haute dose et de l'acétate d'ammoniaque, le tétanos suivit une marche progressive. La contracture passa des muscles du cou à ceux de la région dorso-lombaire. Le tronc finit par être courbé en arc, à convexité antérieure (emprosthotonos); tous les muscles de la face étaient contractés, la physionomie avait une expression toute particulière d'angoisse. Les muscles de tout le corps étaient traversés par des spasmes rapides, qui, d'abord revenant à des intervalles de plusieurs heures, finirent par se reproduire toutes les demi-minutes. La quinine ne réussit pas mieux que les autres moyens. Enfin, voyant après quinze jours que les mouvements de la respiration ne s'effectuaient plus qu'avec les plus grandes difficultés, qu'il existait du râle trachéal, avec expectoration de mucosités sanguinolentes, enfin qu'il y avait imminence d'asphyxie, l'auteur de cette observation, M. Fessenmeyer, songea aux inhalations de chloroforme, qu'il employa à toutes petites doses, d'une manière intermittente, et sans que le malade perdît jamais connaissance. Néanmoins la respiration devint plus facile, les muscles abdominaux moins contracturés et les mâchoires moins serrées. Le lendemain et le surlendemain le râle trachéal revint deux fois; il disparut par les sinapismes. On continua les vapeurs de chloroforme toutes les dix minutes, puis tous les quarts d'heure. Ces inhalations avaient été commencées le 12 juillet. Ce même jour, les contractions spasmodiques revenaient toutes les demi-minutes. Le 13 et le 14, elles ne venaient que tous les quarts d'heure, puis chaque jour elles s'éloignèrent davantage. A partir du 15 elles ne venaient plus que toutes les demi-heures, et enfin, le 20, les grandes secousses étaient séparées par un intervalle de trois à quatre heures; le 30, elles avaient complétement disparu. Chaque fois que le malade faisait quelques inspirations de chloroforme, la mâchoire devenait libre et il pouvait prendre un peu de lait et de bouillon. La roideur à la nuque cédait à son tour quand on continuait les inhalations. Dès le 15, le malade dirigeait lui-même les inhalations, qui ne furent jamais portées jusqu'à la perte de connaissance. Le 28 juillet, il n'y avait plus qu'une légère gêne à la nuque, un peu de difficulté dans la déglutition, quelques spasmes très-légers, quoique parcourant tous les muscles du corps. Les jours suivants, tout rentra dans l'ordre. Le tétanos avait mis quinze jours pour arriver à son summum, il resta très-grave encore pendant quatre jours, puis il diminua progressivement et lentement, et ne cessa que douze jours après, ce qui lui donne une durée d'un mois. Pendant toute cette longue période, la blessure avait suivi une marche de cicatrisation régulière. (*Gazette méd. de Strasbourg*, août).

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — APPAREIL DESTINÉ A LEVER LES MALADES SANS LES TOUCHER.

Un grand nombre de fauteuils et de lits mécaniques ont été inventés jusqu'à ce jour pour faciliter les soins qu'on est appelé à donner aux malades dans une foule d'affections chirurgicales, ou purement médicales. Malheureusement la plupart de ces appareils sont fort compliqués et inaccessibles par leur prix élevé, soit aux familles, soit aux administrations hospitalières. Nous manquons donc d'un bon appareil qui permette de lever les malades pour les panser, les changer, les porter dans un bain, etc. L'appareil de M. Gros,

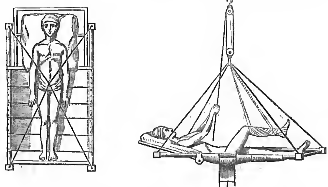


Fig 1. Fig. 2.

dont nous allons parler, répond à ce désiratum important de la pratique. Il se recommande par son extrême simplicité et la modicité de son prix.

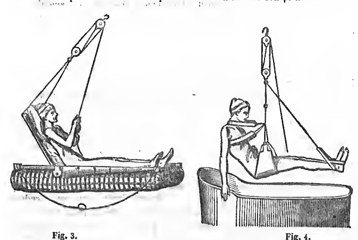


Fig. 3. Fig. 4.

Il se compose d'un cadre en bois de la dimension d'un lit ordinaire. A l'ex-

trémité supérieure, il y a un chevet articulé sur tourillon. Quatre sangles, terminées par une courroie à boucle, sont fixées aux branches latérales du cadre, disposition qui permet d'élever à volonté les sangles et le cadre. A chaque extrémité opposée de ces branches latérales sont fixés les deux bouts d'une corde dont la laxité est calculée. Un cordeau est fixé aux deux extrémités de la partie supérieure du chevet; ce cordeau et ceux des branches latérales du cadre viennent se fixer à un crochet placé au-dessous d'un moufle.

Sur une des branches latérales du cadre se trouve un crochet destiné à soutenir le malade à une certaine élévation, pour permettre les pansements; c'est à ce crochet que vient se fixer par une boucle la corde qui passe sur la moufle. Un support quelconque étant placé à une certaine hauteur reçoit une paire de moufles à six brins.

C'est au moyen de ces moufles que la force destinée à mouvoir le malade est transmise et multipliée.

Telle est la disposition générale de la machine.

Cette machine placée sur un lit, un malade reposant sur elle peut être soulevé horizontalement, ramené plus ou moins dans la position verticale, incliné sur l'un ou l'autre côté; au moyen du chevet il peut être placé dans la position assise. Les membres supérieurs ou inférieurs peuvent être soulevés en totalité ou isolément, au moyen de sangles qui s'adaptent au crochet des moufles; l'élévation des membres est obtenue au degré désiré par le chirurgien.

Une seule personne peut obtenir tous ces mouvements avec la plus grande facilité, sans secousse pour le malade; une force équivalant au sixième du poids du malade suffit pour le soulever.

Un malade jouissant de l'usage de ses membres supérieurs peut se soulever seul, fixer le cadre, placer au besoin un bassin sous lui, se mettre en place sans le secours de personne.

Au moyen d'un perfectionnement apporté à sa machine, M. Gros soulève un malade, le conduit hors de son lit et le dépose dans une baignoire; puis il le fait sortir du bain et le reporte dans son lit.

Les figures ci-jointes font connaître les diverses fonctions de l'appareil.

La figure 1 représente le malade, posé sur l'appareil vu de plan; le cadre est placé sur le lit garni du drap de dessous.

La figure 2 représente le malade vu la jambe levée.

Dans la figure 3 le malade est vu assis.

La figure 4 montre le malade muni de l'appareil destiné à le descendre dans le bain.

Quelque incomplète qu'elle soit, la description que nous venons de donner de l'appareil de M. Gros suffira, nous l'espérons, pour en faire comprendre les avantages et les nombreuses applications possibles. Il en existe un modèle à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique chirurgicale de M. Jobert. Nous l'avons vu fonctionner, et nous nous associons bien volontiers, pour notre part, aux éloges que la Société médicale de Dijon a donnés à l'inventeur.

Toutefois, pour être juste, nous ne devons pas laisser ignorer que l'idée de cette machine n'est pas nouvelle, et il nous suffira pour le prouver de citer ici textuellement le vœu exprimé par M. le professeur Gerdy, dans son excellent *Traité des bandages et appareils* : « Un appareil qui m'a toujours paru devoir répondre à des indications très-difficiles à remplir dans des fractures comminutives fort graves et compliquées de plaie serait une sorte de cage quadrilatère, d'un diamètre double du membre fracturé et d'une longueur un peu plus consi-

dérable que celle du membre. Elle serait composée : 1° de quatre morceaux de bois arrondis sans être lisses, d'un pouce et demi de diamètre ; 2° de deux châssis quadrilatères recevant l'un et l'autre les extrémités opposées de chacun de ces bâtons, de manière à former la cage dont j'ai parlé. On pourrait placer un membre dans cet appareil, et l'y fixer étendu et suspendu avec des bandes étroites, qu'on arrêterait aux diverses parties de la cage, comme les anatomistes fixent des pièces à dessécher. » (*Loco cit.*, p. 448.)

Ailleurs encore, le même auteur s'exprime ainsi :

« Le lecteur doit concevoir aisément qu'un malade, au moyen d'un moufle, pourrait, pour satisfaire à ses besoins, se soulever facilement avec ses couvertures et un châssis sanglé sur lequel il serait couché, et qu'il se soulèverait sans faire le moindre mouvement qui pût lui être nuisible. » (Gerdy, Traité des bandages et appareils, t. I, p. 282.)

L'idée de l'appareil de M. Gros est tout entière, ainsi qu'on peut le voir, dans cette dernière phrase du savant professeur.

Cette réserve une fois faite, il faut reconnaître que M. Gros a parfaitement réalisé le vœu de M. Gerdy, et que son appareil, en même temps qu'il est susceptible des applications les plus utiles et les plus diverses, mérite par sa simplicité, son prix modeste (70 fr.), de fixer l'attention des praticiens.

L'horizon sanitaire, nous le disons avec regret, semble s'assombrir de plus en plus. Partout où nous portons nos regards, au nord, à l'est, à l'ouest, au midi, on signale l'apparition du choléra ; mais c'est toujours le midi et l'est qui semblent, pour le moment, son siége de prédilection. Marseille, surtout au midi, les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, à l'est, sont assez vivement frappés, et Paris lui-même, on ne peut plus guère en douter, se trouve sous le coup d'une épidémie nouvelle, encore fort restreinte sans doute, puisque les cas ne se comptent que par 20 ou 30 par jour, mais bien suffisante pour exciter des alarmes relativement à une propagation ultérieure beaucoup plus formidable. Et comme si le choléra semblait redoubler ses forces en ce moment, on signale son apparition à la fois à Vienne (Autriche) et sur plusieurs points de l'Angleterre, tandis que, d'un autre côté, il continue d'affreux ravages dans l'Italie supérieure, dans l'Espagne et le Portugal.

De nombreuses nominations et promotions ont eu lieu dans la Légion d'honneur, à propos de la fête du 15 août. Ont été nommés : officiers, MM. Laffon de Ladebat, membre du Comité d'hygiène ; Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople ; — chevaliers, MM. le professeur Schützenberger (de Strasbourg), Ledieu, directeur de l'École de médecine d'Arras ; Bertrand fils, médecin-inspecteur des eaux du Mont-Dore, Crou (de Sens), Davaine ; et dans le corps de santé de la marine, MM. Japhet, Mannet, Mongrand, Berenguier et Margain.

La Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante : — « De l'état puerpéral et des modifications que cet état imprime aux maladies qui se développent pendant la grossesse et pendant les couches. — En quoi consiste l'état puerpéral, c'est-à-dire qu'est-ce qui le caractérise à l'état physiologique et à l'état pathologique ? — Indiquer toutes les modifications qui surviennent pendant la gestation dans l'économie de la femme, principalement dans les humeurs sécrétées et dans le sang, abstraction faite des changements orga-

niques; indiquer de plus l'influence de ces modifications sur la production, la nature et le traitement des maladies dites puerpérales. » — Un prix de 300 fr. sera décerné au meilleur mémoire dans la séance publique de juillet 1856. Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, à M. le docteur G. Tourbes, vice-président de la Société, rue des Juifs, n° 30, à Strasbourg, avant le 1er juin 1856.

M. Sée vient d'être nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier, à la suite d'un concours qui n'a pas duré moins de trois mois.

Le choléra a fait subir en Italie des pertes nombreuses au corps médical. On cite, parmi les morts les plus regrettables, celles de Fulvio Gozzi, professeur à l'Université de Bologne; Angelo Magistretti, professeur à Macerâta; Enrico Cosletti, médecin à San-Giovanni; Zacconi, de Saint-Hippolyte.

En Toscane, les docteurs Stefani, Fosi, Conti, Salei, Brescia, Fiovani, Frosni, Cerroti, Favilli, Focacci, Bagliani, ont été enlevés presque tous à la fleur de l'âge et dans l'accomplissement de leur pénible tâche.

La Faculté de médecine de Glascow vient de nommer par acclamation le docteur Andrew Smith, membre honoraire. A cette occasion, elle déclare que les accusations portées contre le service de santé de l'armée de Crimée ne reposent sur des faits mal interprétés. Elle a examiné avec soin les détails de l'enquête qui a eu lieu à ce sujet, et elle considère comme un devoir de déclarer qu'il n'y a pas eu de négligence, ni de mauvaise administration de la part du directeur général du service de santé. Au contraire, elle trouve, d'après les documents qui ont été publiés, que dès le commencement de 1854, le directeur général, sir A. Smith, avait prévu les difficultés et les dangers de l'expédition, et s'était adressé aux autorités militaires à l'effet de les conjurer.

Le docteur Antoine de Rosas, professeur d'oculistique et directeur de la clinique ophthalmologique de l'Université, conseiller impérial, est mort à Vienne, après une courte maladie, à l'âge de soixante-quatre ans, dont il avait passé trente-six à enseigner sa spécialité.

Le professeur François Reinsinger est mort il y a peu de temps à Augsbourg, laissant sa fortune à l'Université de Munich, à condition qu'il y fût créé une chaire de médecine opératoire.

Le New-York-Herald, voulant donner une idée de la salubrité des provinces canadiennes, rapporte, d'après M. Hutton, qu'il y a, dans le Haut-Canada, 14 hommes et 10 femmes ayant dépassé l'âge de 100 ans; le Bas-Canada, de son côté, compte 48 centenaires (22 hommes, 18 femmes). Eu égard à la population de ces contrées, ces chiffres sont, en effet, très-remarquables.

L'assemblée générale des naturalistes et médecins allemands, qui devait avoir lieu à Vienne dans le courant de septembre, a été remise à l'année prochaine.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'iode dans le traitement du rhumatisme et de la goutte, des crampes et des contractures.

Par M. le docteur Delioux, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Dès l'introduction de l'iode dans la matière médicale, il fut essayé dans le rhumatisme, et beaucoup de ces essais parurent heureux. La première idée, croyons-nous, en revient à M. Magendie. Courtois avait à peine découvert cette précieuse substance, dont les applications thérapeutiques sont aujourd'hui si variées et si nombreuses, que notre savant physiologiste l'utilisait dans plusieurs maladies où d'autres ultérieurement ont cru innover en reprenant son emploi sous des formes plus ou moins rajeunies. Parmi ces maladies, il faut citer le rhumatisme chronique ; là M. Magendie a employé depuis bien longtemps, à l'intérieur, l'iodure de potassium seul ou dissolvant l'iode pur, dans une décoction de chiendent ou de salsepareille ; plusieurs malades en retirèrent un avantage très-marqué.

Longtemps après, nous retrouverons d'intéressantes observations de M. Bonnier sur le traitement interne du rhumatisme articulaire chronique par l'iodure de potassium ; mais, tandis que M. Magendie portait dans le même cas la dose de ce médicament de 2 à 4 grammes par jour, M. Bonnier trouvait suffisante une dose très-inférieure, témoin sa formule de potion donnée par M. Bouchardat (Annuaire de thérapeutique, 1841), laquelle ne contient que 25 centigrammes d'iodure de potassium.

Ce n'est pas, du reste, le seul exemple de dissidence sur la convenance, dans la même maladie, de doses d'iode très-écartées l'une de l'autre sur l'échelle arithmétique. L'un des points les plus obscurs et les plus délicats de l'histoire médicale de ce corps simple est la détermination de sa posologie. L'économie supporte très-bien de fortes proportions d'iode ; il ne faudrait pas, toutefois, tâter outre mesure la susceptibilité de l'estomac à l'égard de l'iode pur, parce qu'il est irritant ; il s'agit d'en faire absorber autant que l'on veut, et non de créer une gastrite ; mais lorsqu'on le présente de telle façon que l'action toxique devient à peu près nulle, combiné avec les alcalis, par exemple, comme cela se fait si habituellement, on en peut faire passer plusieurs grammes dans le courant circulatoire sans le moindre accident. Ce n'est donc pas un accident que redoutent ceux qui opinent de préférence pour l'emploi des faibles doses ; c'est qu'ils

ont remarqué ou cru remarquer que celles-ci sont suffisantes ou préférables. Les uns et les autres apportant des faits à l'appui de leur opinion, il serait fort présomptueux de trancher la question ; mais peut-être sous un certain jour pourrait-on l'éclairer. En effet, l'iode, avons-nous dit, est vite absorbé ; mais il est aussi vite éliminé. Si vous donnez à un homme, le matin, en un seul coup, 4 grammes d'iodure de potassium, une modification assez puissante des humeurs organiques pourra en être l'immédiat résultat ; mais cette modification sera aussi peu durable que le séjour momentané de l'agent altérant introduit dans l'économie ; si, au contraire, tout en n'en administrant qu'un demi-gramme, vous filez la dose, de façon que l'économie soit constamment tenue sous le coup de l'altération médicamenteuse, vous produirez très-probablement un effet thérapeutique plus complet et plus décisif.

Il est donc plus important encore de savoir comment on administrera les préparations indiquées que d'arrêter magistralement la dose à laquelle elles conviennent. Pour celle-ci, prenons les moyens termes, *in medio veritas* ; puis établissons que la médication iodique, quel qu'en soit l'agent, devra être conçue de manière à ne pas irriter inutilement les voies digestives, à favoriser une absorption prompte et à retarder l'élimination de l'altérant sur l'action duquel on spécule.

Par conséquent, si l'on fait choix de l'iodure de potassium (nous n'approuvons pas son administration en pilules), il faudra l'employer à doses filées et largement dissous, et nous préférons l'eau pure à tout autre véhicule, plusieurs substances organiques dénaturant plus ou moins cette combinaison saline.

Or, à l'iodure de potassium on substitue fréquemment, dans ces derniers temps, la teinture ou alcoolé d'iode ; celle-ci est plus irritante que le sel ; mais on atténue singulièrement ses propriétés irritantes en ajoutant à la teinture une petite proportion d'iodure alcalin, lequel, en outre, a l'avantage de maintenir l'iode en dissolution dans les véhicules aqueux, et d'en rendre l'absorption plus facile. On gomme, on sucre la potion et on l'aromatise avec la menthe ou l'oranger, pour en même temps envelopper l'iode et corriger sa saveur désagréable ; on fractionne la potion en la donnant par cuillerées. L'alcoolé d'iode est bien supporté de cette manière, à la dose de 2 et 3 grammes, et ne trouble pas plus l'estomac que l'iodure de potassium.

C'est sur l'emploi interne de cet alcoolé d'iode ioduré que nous allons maintenant appeler exclusivement l'attention. Quelques obser-

vations récentes, l'une, entre autres, de M. le professeur Trousseau, ayant signalé son utilité contre le rhumatisme chronique, nous l'avons essayé avec une confiance que les résultats ont justifiée. Nous rapporterons très-rapidement les principales de nos expériences.

Obs. I. Lemamice, vingt-quatre ans, ouvrier du port, a été atteint, il y a six mois, d'un rhumatisme articulaire aigu; depuis quatre mois les soins ont cessé; la guérison était apparente. Mais depuis quelque temps des douleurs se sont de nouveau manifestées aux pieds, — l'articulation tibio-tarsienne droite est fortement tuméfiée, et aux genoux, un peu tuméfiés; — pas de ficose; l'état général est bon.

La teinture d'iode est prescrite dans une potion gommeuse, à la dose de 75 centigrammes, additionnée de 5 centigrammes d'iodure de potassium (5 centigrammes d'iodure de potassium suffisent pour rendre soluble dans une potion un gramme de teinture d'iode). La teinture d'iode est élevée successivement à : gramme, 1,50.

Les douleurs diminuent rapidement d'intensité; les articulations affectées dégonflent graduellement et recouvrent leur souplesse. En dix jours environ la guérison est obtenue.

Obs. II. Elien, trente-cinq ans, ouvrier du port, présente comme le précédent un rhumatisme articulaire chronique, mais beaucoup plus ancien. Depuis trois ans, il est sujet à des douleurs dans les jointures des membres inférieurs, ordinairement accompagnées de gonflement. L'attaque actuelle remonte à trois mois; elle affecte particulièrement les pieds, où il y a tuméfaction sans rougeur, endolorissement prononcé. Sans fièvre; l'état général n'a pas souffert.

Dès son entrée à l'hôpital la teinture d'iode est prescrite à : gramme, 1,50. Au bout du deuxième jour, l'amélioration est sensible, le gonflement a diminué; cependant, la résolution paraissant encore trop lente, le médicament est élevé à 2 grammes. Le mieux continue, avec quelques alternatives. Au bout de huit jours, les douleurs et le gonflement ont complétement disparu; la marche n'est nullement entravée, et Elien demande sa sortie de l'hôpital.

Nous citerons maintenant deux cas de rhumatisme musculaire, affection non moins tenace d'habitude que le rhumatisme articulaire chronique.

Obs. III. Renne, matelot, trente-sept ans, souffre depuis un mois environ de douleurs vagues dans les masses musculaires des membres inférieurs, avec élancements très-vifs par instants, et sensation continue de lassitude. Etat général irréprochable.

Pendant six jours des frictions avec le baume opodeldoch et trois

bains sulfureux n'ont rien fait contre les douleurs. Elles disparaissent sous l'influence de la teinture d'iode, administrée pendant trois jours seulement.

Obs. IV. Nicole, ouvrier du port, vingt-neuf ans, atteint depuis quelque temps de douleurs musculaires dans tous les membres; elles siégent surtout dans la masse charnue du biceps brachial, au pli du bras, au creux poplité et au genou. La teinture d'iode est employée, à la dose constante de 1 gramme, pendant huit jours; la feuille d'observation de ce malade constate qu'au bout de ce temps les douleurs avaient cédé partout.

Obs. V. Nous avons voulu voir si la teinture d'iode aurait une efficacité comparable dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; nous l'avons essayé dans un cas très-énergiquement caractérisé: nous devons à la vérité de dire que le résultat a été déplorable; l'influence du médicament a été nulle, et nous n'hésiterons pas à le repousser en pareil cas à l'avenir.

Nous avons eu aussi l'occasion d'expérimenter cette médication dans deux cas fort singuliers, où la douleur revêtait le caractère des crampes ou des contractures essentielles.

Obs. VI. Pendant l'épidémie qui a régné à Brest dans le courant du dernier hiver, Fleury, matelot, âgé de vingt-un ans, est atteint de choléra. Pendant la période algide, les crampes ont été très-violentes et très-douloureuses; elles ont continué pendant la réaction, qui a été périlleuse et traversée par de graves accidents ataxiques, par des convulsions fréquentes, avec d'énergiques contractions musculaires. Un peu d'amélioration se prononce vers le quatrième jour; mais les membres continuent à être affectés de douleurs parfois très-vives, et conservant le caractère des crampes; elles disparaissent peu à peu aux membres supérieurs, mais elles restent aux inférieurs et augmentent dans la station et dans la marche.

Pendant quinze jours, divers liniments calmants, antispasmodiques, etc., l'opium à l'intérieur, ne modifient pas sensiblement cet état. On a recours à la teinture d'iode, pendant dix jours, depuis 1 jusqu'à 2 grammes. Au bout du troisième jour, ces douleurs, qui s'étaient particulièrement localisées dans les faisceaux charnus du mollet, disparaissent complétement, sans retour; la potion iodée n'a été ultérieurement continuée que pour consolider une guérison qui inspirait des doutes, tant elle avait été rapide.

Obs. VII. Dans les premiers jours de la convalescence d'une fièvre typhoïde légère, Vélais, jeune soldat au 30e de ligne, est pris de douleurs aiguës dans les quatre membres, particulièrement dans les

fléchisseurs des bras; ces douleurs sont de la nature des crampes, et il s'y joint parfois des contractures; lorsque celle-ci existent et que l'on cherche à replacer le bras dans l'extension, il se manifeste des mouvements convulsifs. Peu à peu les membres finissent par être affectés d'un tremblement presque continuel; les lésions portent particulièrement sur le côté droit; les glandes inguinales de ce côté se sont engorgées; la préhension des objets est peu sûre, la station et la marche presque impossibles.

L'état général est peu satisfaisant; le malade reste faible malgré l'emploi du fer et du vin de quinquina; il y a souvent de l'insomnie et de la fièvre.

Sur ces entrefaites une amygdalite intercurrente se déclare, et c'est encore du côté droit que l'amygdale est le plus tuméfiée.

En somme, c'est un ensemble morbide un peu inquiétant, très-singulier, participant à la fois des crampes, du rhumatisme, de cette névrose particulière connue sous le nom de contracture des extrémités, la chloro-anémie brochant sur le tout.

Pendant six semaines, plusieurs médicaments, entre autres valériane, opium, belladone, chloroforme, sont employés avec peu de succès; ils procurent tout au plus de légères et fugitives améliorations.

L'idée nous est venue de tenter l'emploi interne de l'alcoolé d'iode ioduré; c'est le seul médicament qui ait décidé un amendement notable dans tous ces symptômes, et en très-peu de jours; il n'y avait plus ni tremblement ni contracture, les douleurs étaient supportables et laissaient du répit; nous aurions probablement achevé la guérison en insistant sur le remède; mais Vélais, fatigué d'un long séjour à l'hôpital et ayant obtenu un congé de convalescence, demanda à partir aussitôt qu'il pût se tenir sur ses jambes.

Nous désirions essayer l'iode dans la goutte. M. Gendrin s'en est beaucoup loué; dans les neuf dixièmes des cas, suivant ce savant praticien, l'iode a fait disparaître en quelques jours les plus vives attaques de goutte aiguë, et sans être aussi efficace contre la goutte chronique, il est utile encore pour résoudre les nodosités et les tophus, modifier l'état général; son usage, continué pendant deux ou trois mois, après la guérison absolu d'un accès, a prévenu complétement le retour des accidents. Il le donne en pilules, formées d'un grain de soufre et de un quarante-huitième de grain d'iode, en bains contenant deux onces de sulfure de potasse et une once d'iodure de potassium, ou en pommade et associé au baume tranquille.

Mais au lieu de suivre ce traitement indiqué par M. Gendrin,

nous avons tenu à employer la teinture d'iode pour avoir un nouveau terme de comparaison avec les autres cas qui viennent d'être relatés. Nous avons expérimenté sur un homme d'une cinquantaine d'années, qui présente au plus haut degré la diathèse goutteuse, et dont les pieds sont particulièrement affectés; il y a eu une amélioration incontestable, mais non pas telle qu'elle nous inspire des illusions sur l'efficacité d'un médicament, qui, d'ailleurs, ne serait seulement pas le centième à avoir échoué contre l'une des maladies les plus rebelles aux tentatives de notre art.

L'alcoolé d'iode ioduré paraît donc un agent susceptible de modifier très-avantageusement certaines affections, particulièrement le rhumatisme chronique, articulaire ou interarticulaire. Les cas que nous en avons rapportés, et nous aurions pu en citer quelques autres, témoignent d'une action aussi nette que rapide; l'iode surtout arrivant à guérir là où d'autres médicaments avaient été impuissants, on ne peut récuser l'utilité de son intervention. Il est fort difficile de s'expliquer son mode d'action en pareil cas. Cependant on ne peut s'empêcher de rapprocher de son influence sur le rhumatisme articulaire et sur la goutte les gonflements d'articulations que les traitements iodiques pour d'autres maladies ont déterminés sur certains sujets. M. Bouchardat [1] en a fait la remarque, en citant les observateurs qui ont signalé ce bizarre effet de l'iode. Cette action physiologique élective sur les articulations devient-elle à l'occasion une substitution thérapeutique? C'est une explication, mais elle n'est pas de nature à satisfaire tous les esprits.

Les bons effets que nous avons obtenus de l'emploi de l'alcoolé d'iode ioduré, dans les deux cas qui font l'objet de nos observations VI et VII, autoriseraient à en recommander l'essai dans cette affection bizarre, signalée à différentes reprises depuis quelques années, et que l'on a désignée, faute de mieux, sous les noms de *contracture essentielle*, de *contracture des extrémités*. Nous avons hésité à donner franchement ce nom aux deux cas en question; le premier ne nous a paru être qu'une prolongation des crampes cholériques; nous savons bien, toutefois, que des faits pareils ont été présentés comme l'une des formes ou des manifestations occasionnelles de la contracture essentielle. Mais sur la nature du second cas, relatif au soldat Vélais, il y a moins de doutes à concevoir; ici il s'agit bien de cette contracture spécifique: ou elle était toute la maladie, ou elle y entrait pour une grande part. Si quelques particularités sympto-

---

(1) Annuaire de Thérapeutique, 1844, p. 114.

matiques, quelques bizarreries, diffèrent du tableau général qui en a été tracé ailleurs, il ne faut pas trop s'en étonner ni se montrer exigeant sur la caractéristique arrêtée d'une maladie qui est encore imparfaitement connue, et qui emprunte à sa nature nerveuse une mobilité et une variabilité d'expression qui laissent toujours quelque chose à l'imprévu. Ainsi, chez notre malade, il n'y a pas eu d'accès bien marqué, mais un état à peu près continu de crampes ou contractures, comme on voudra les appeler; l'extension des membres contracturés produit de vives douleurs et des mouvements convulsifs, tandis que chez les malades récemment observés par M. Aran à l'hôpital Saint-Antoine (*Bulletin de Thérapeutique*), l'extension forcée a procuré un tel soulagement qu'elle a dû être signalée comme le moyen le plus efficace de traitement.

Aujourd'hui donc que l'occasion se présente à Paris, et peut-être sur d'autres points de la France, d'observer la contracture essentielle, il serait bon d'essayer si l'iode, employé comme il vient d'être dit ou de toute autre manière, aurait réellement autant d'efficacité contre elle qu'il en a eu dansles deux exemples que nous produisons. Sans être très-grave, cette maladie est trop douloureuse et trop rebelle à l'action des ordinaires antispasmodiques, stupéfiants, anesthésiques, etc., pour qu'il ne soit pas urgent de changer le front d'attaque. Peut-être aussi, dans le cas surtout de symptômes tétanoïdes bien accusés, serait-ce le lieu de tenter une médication tétanique substitutive par la strychnine.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Suite [1].

DOSES AUXQUELLES ON DOIT DONNER LE QUINQUINA.

On a vu dans le précédent article, à quel petit nombre de bonnes préparations tous les composés pharmaceutiques du quinquina pouvaient se réduire; on va voir dans celui-ci à quel degré de simplicité le dosage de ces préparations peut être amené.

Le quinquina s'administre ordinairement comme tonique ou comme hyposthénisant du système nerveux.

Quand on donne le quinquina comme tonique, il faut ne pas dépasser des doses d'une préparation contenant 8 à 10 centigrammes d'alcaloïde deux fois par jour; ces quantités suffisent pour stimuler l'esto-

---

[1] Voir les numéros des 30 août, p. 163, et 15 septembre, p. 210.

mac et le système nerveux à degré convenable, et pour développer des effets excitants.

Ainsi, quand on emploie la poudre de quinquina gris, on en donne de 4 à 8 grammes par jour en deux fois, qui contiennent de 8 à 12 centigrammes de cinchonine et de quinine, à l'état de combinaison très-peu soluble.

Quand on emploie la poudre de quinquina calisaya, il n'en faut donner que de 2 à 4 grammes, qui contiennent en moyenne de 6 à 12 centigrammes de quinine combinée.

Quand on emploie le sirop, il faut choisir le sirop de quinquina gris, au vin de Madère, et le donner à la dose de 32 grammes, qui contiennent de 1 à 2 centigrammes d'alcaloïdes.

Si l'on fait usage du vin de quinquina, il faut préférer le vin rouge de quinquina gris du Codex, qui se donne à la dose de 64 à 128 grammes qui contiennent de 1 à 2 grammes de matières extractives et une fraction très-minime d'alcaloïdes.

Si l'on se sert des teintures de quinquina gris, on la donne par demi-gramme ou par gramme, qui contient de 6 à 12 centigrammes de cinchonine et de 25 à 50 centigrammes de matières extractives toniques.

Si enfin on emploie l'extrait mou de quinquina gris, on le donne à la dose de 4 grammes, qui contiennent de 6 à 8 centigrammes de cinchonine.

Lorsqu'on administre le quinquina comme fébrifuge, suivant les maladies qu'on veut combattre, on le donne, soit à des doses faibles, soit à haute dose; de là deux modes d'administration très-différents.

Le plus grand nombre des médecins ne se doute pas de l'exiguïté des doses qui suffisent pour arrêter un accès de fièvre intermittente simple, habitués qu'on est à donner beaucoup plus de quinquina qu'il n'est nécessaire.

Ainsi, Sydenham faisait consommer aux malades 120 grammes de poudre de bon quinquina, c'est-à-dire un peu plus de 3 grammes d'alcaloïdes pour guérir une fièvre.

Lieutaud et Dubois, de Rochefort, usaient de quantités de poudre à peu près semblables.

Actuellement, l'usage est donner de 50 à 60 centigrammes de sulfate de quinine entre deux accès.

Cette quantité est trop considérable pour arrêter les fièvres intermittentes simples des climats tempérés. Dans des lieux non marécageux, il suffit d'une dose de 25 à 40 centigrammes de sulfate de quinine, et en moyenne 30 centigrammes, unis à 1 centigramme

d'acétate de morphine, prise entre deux accès pour couper la fièvre au premier accès.

Si l'on emploie le sulfate de cinchonine, on en donne de 35 à 50 centigrammes.

J'ai constaté un si grand nombre de fois que ces doses sont suffisantes que c'est pour moi une règle ; je ne donne jamais de doses plus fortes et je réussis constamment.

Ce qui fait qu'on a si fort élevé les doses, c'est qu'on donnait le sulfate de quinine sous des formes qui lui font perdre une partie de son action ; c'est-à-dire qu'on le donnait en pilules et que, d'autre part, on ne l'administrait pas au moment convenable.

Du reste, cette pratique de donner peu de quinquina était déjà ancienne ; feu M. Husson et M. Magendie, médecins de l'Hôtel-Dieu, ne donnaient jamais que 30 centigrammes de sulfate de quinine pour arrêter un accès de fièvre.

Il paraît que ces doses suffisent, même dans les pays marécageux, puisque M. Hudellet, de Bourg-en-Bresse, pays éminemment insalubre, avance que son père et lui ne donnent jamais que de 25 à 40 centigrammes de sulfate de quinine pour traiter les fièvres. M. Bartella, médecin des Maremmes, en Toscane, l'un des endroits les plus insalubres, ne donne habituellement aussi que de petites doses.

C'est donc 30 centigrammes de sulfate de quinine, en moyenne, qu'il faut administrer pour arrêter une fièvre simple de type tierce. Il n'est nécessaire de donner des doses de 40 à 50 centigrammes que dans les fièvres quotidiennes, où la durée de l'apyrexie est très-courte, et dans les fièvres quartes, où elle est très-prolongée.

Dans les lieux non marécageux le sulfate de quinine, à ces doses convenablement administrées, guérit toutes les fièvres intermittentes simples au premier ou au second accès. Dans les contrées paludéennes des pays tempérés, les doses doivent être de 35 à 40 centigrammes de sulfate de quinine entre deux accès ; ces doses guérissent les fièvres simples dix-neuf fois sur vingt, en coupant net plus de la moitié de ces maladies au premier accès, en diminuant l'intensité des autres au second accès, et en n'en laissant que très-peu dépasser le troisième accès.

Ainsi, dans la grande majorité des cas, les sulfates de quinine, de cinchonine ou de quinidine, sont les substances qu'il faut employer de préférence à toute autre.

Si cependant quelques circonstances particulières obligeaient à ne pas suivre cette règle générale, on pourrait avoir recours aux préparations suivantes :

Le sulfo-tartrate de quinine de M. Bartella, qui se donne à des doses au moins doubles de celles du sulfate de quinine, parce qu'il ne contient que la moitié de son poids de ce dernier sel, c'est-à-dire de 70 à 90 centigrammes entre deux accès;

Le tannate de quinine de M. Barreswill, qui se donne à la dose de 1 à 2 grammes, entre deux accès, contenant de 40 à 80 centigrammes de quinine en combinaison insoluble;

La poudre de quinquina calisaya, qui se donne à la dose de 10 à 15 grammes, toujours entre deux accès, laquelle contient de 30 à 45 centigrammes de quinine, en combinaison peu soluble;

Le vin blanc de quinquina calisaya, qui se donne à des doses de 64 à 128 grammes, contenant de 20 à 40 centigrammes de quinine à l'état de sel acide; et comme souvent ce vin est additionné de laudanum de Sydenham, il est assez fébrifuge et constitue le liquide connu sous le nom de vin de Séguin.

La teinture de quinquina calisaya, qui se donne à la dose de 8 à 12 grammes, contenant de 24 à 36 centigrammes de quinine dissoute.

Enfin l'extrait mou de quinquina calisaya par l'alcool, qui se donne à la dose de 4 à 6 grammes, contenant de 30 à 45 centigrammes de quinine en combinaison peu soluble.

Ces diverses préparations sont toutes fort inférieures aux sulfates des alcaloïdes; elles sont pour la plupart très-désagréables à prendre, ont habituellement des inconvénients notables, et leur effet fébrifuge est aussi peu sûr que celui des sulfates est certain. Enfin, comme la richesse en alcaloïdes varie dans les quinquinas de 36 grammes à 20 centigrammes par kilogramme d'écorce, c'est-à-dire dans la proportion de 3600 à 20, et comme rien ne peut indiquer l'espèce employée pour ses préparations, il en résulte que le médecin n'a aucun moyen d'apprécier la puissance du médicament qu'il administre.

Aucune de ces préparations ne remplit d'indications que les sulfates d'alcaloïdes ne rempliraient pas. Les alcaloïdes du quinquina étant des hyposthénisants du système nerveux à la manière du chloroforme, de l'acide cyanhydrique, ils détruisent les conditions à l'aide desquelles ce système coordonne toutes les actions synergiques qui se passent dans l'économie animale, pour constituer une maladie intermittente.

Il est bien évident que si ce trouble synergique est très-complexe, comme il l'est dans un accès de fièvre intermittente, s'il est le produit d'une cause peu puissante, comme cela a lieu dans les fièvres simples, il sera facile de l'entraver, et une dose faible d'alcaloïdes y suffira.

Mais si ce trouble se compose d'un nombre de moins en moins

grand d'actes de réaction, comme cela a lieu dans une névralgie, dans une névrose périodiques, dans une fièvre larvée, dans une hémorrhagie intermittente, ou si, quoique fort complexe, il est le produit d'une cause très-puissante, comme cela se voit dans les fièvres intermittentes des climats chauds, dans les fièvres rémittentes graves; dans les intermittentes pernicieuses; dans les fièvres pseudo-continues, etc., on comprend alors que pour perturber des actes composés d'un très-petit nombre d'éléments, ou produits par un moteur puissant, il faille mettre en jeu de forts degrés d'hyposthénisation. — Là gît tout le secret de la nécessité de l'emploi du quinquina à hautes doses.

Ainsi dans les fièvres intermittentes simples des pays chauds, tels que l'Italie, la Grèce, l'Algérie, où les miasmes fébrifiques sont très-puissants, il faut donner 1 gramme de sulfate de quinine entre deux accès.

Dans les fièvres rémittentes graves, on donne de plus fortes doses; c'était la pratique de Clerc, qui donnait l'extrait mou de quinquina, à la dose de 32 grammes; de Colombier, qui faisait prendre 80 grammes de quinquina en poudre en quelques heures; de Lind, qui faisait prendre 32 grammes de poudre en six heures; de Nush, qui en donnait 16 grammes toutes les demi-heures; et de tous les médecins d'Afrique, qui donnent de 1 à 3 grammes de sulfate de quinine entre deux accès.

Dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la dose de sulfate de quinine doit être encore plus élevée. Torti donnait 32 grammes de quinquina entre deux accès; Morton, Restaurand conseillent des doses encore plus fortes. Vaidy rapporte qu'un de ses malades avait pris environ 300 grammes de quinquina en quelques jours; M. Nepple cite quelques médecins qui en ont donné 250 grammes entre deux accès. Les médecins militaires; en Afrique, sont dans l'usage de prescrire de 3 à 4 grammes de sulfate de quinine entre deux accès : cette dernière dose doit être adoptée.

Dans les pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la peste, et dans le rhumatisme articulaire aigu, ce sont encore les doses de 2 à 4 grammes qu'il faut administrer; des quantités plus faibles seraient impuissantes.

Il en est de même pour les cas où, comme dans les affections puerpérales, on veut combattre la disposition à la pyogénie. Dans ces cas, en effet, il faut agir assez énergiquement pour troubler l'action nerveuse de laquelle résulte la formation de collections purulentes.

On a, il y a plusieurs années, témoigné beaucoup de craintes au

sujet des hautes doses de sulfate de quinine, se fondant sur quelques faits observés d'une manière très-partiale, et sur des expérimentations sur les animaux, dirigées d'une manière très-imparfaite ; mais la véritable expérience a montré ce que ces appréhensions avaient d'exagéré.

Je sais très-bien que des maladies qui, comme le rhumatisme, ne mettent pas actuellement en péril la vie du malade, doivent être traitées avec plus de réserve que celles qui, comme les fièvres pernicieuses, tuent en quelques heures ; mais, en suivant les précautions qui vont être indiquées, on peut, dans tous les cas, faire passer sans danger les doses qui sont nécessaires.

Torti l'a dit le premier, et l'expérience a confirmé sa sentence, ce n'est pas le quinquina qui est dangereux, c'est son administration intempestive ou mal conduite. Morton, Ramazzini, Sydenham, Lieutaud, Desbois, de Rochefort, Murray, Lind, B. Rush, Veryst, Werlhoff, Syms, Tralles, Rosenstein, Vandenbosch, Cullen, A. Leroy, Barbier, Baumes, Colombier, Hurtado, de Gorter, Maret, Clerc, donnaient des doses de quinquina, dans les proportions de 2 à 6 et à 8 grammes d'alcaloïde, en combinaison fixe. Après eux, MM. Martinet Bally, Piorry, Hermel, Maillot, Worms, Auberge, Jadelot, Kapeler, Blache, ont donné le sulfate de quinine à des doses de 2 à 4 grammes par jour ; moi-même je l'ai administré à ces doses, sur plus de trois cents malades qui se trouvaient dans les conditions où les hautes doses sont nécessaires.

J'indiquerai, dans un prochain article, les précautions à prendre pour que ces doses soient convenablement tolérées. BRIQUET.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la Cautérisation dans les infiltrations d'urine.

Suite (1).

Lorsqu'à la suite d'un rétrécissement du canal de l'urètre, l'urine se fraye une voie accidentelle et qu'il s'établit une tumeur urinaire, des phénomènes réparateurs précèdent ceux de destruction. Le tissu cellulaire se remplit de lymphe plastique, sorte de glu animale qui produit l'imperméabilité mécanique, en attendant qu'elle s'oppose par son organisation en tissu fibreux, d'une manière plus solide encore, à toute infiltration.

(1) Voir le numéro précédent, page 219.

Ces phénomènes réparateurs n'ont pas toujours le temps de s'accomplir. Si une déchirure est faite au canal par une contusion sur le périnée ou par une incision profonde, et que l'urine, poussée par les contractions de la vessie, entre dans le tissu cellulaire perméable, ce liquide y pénètre de proche en proche, comme le fait l'air insufflé sous la peau des animaux de boucherie, peu de temps après leur mort. On sait avec quelle rapidité peut se faire cette infiltration ; on peut la voir en un jour s'étendre du périnée aux lombes.

Tous les tissus que baigne le produit de la sécrétion des reins sont frappés de mort et ne tardent pas à se décomposer ; une violente inflammation se manifeste. L'urine et les produits de la décomposition des tissus gangrenés sont résorbés, et il s'allume une fièvre à la fois urineuse et putride, qui se complique d'accidents généraux graves.

Quel est le traitement à opposer à ces accidents terribles et promptement mortels ? La première indication est d'empêcher, autant que possible, une pénétration intérieure de l'urine dans le tissu cellulaire, en facilitant son issue au dehors par une large incision vis-à-vis la place de l'urètre. La seconde est de rétablir ensuite le cours naturel de l'urine, c'est-à-dire de traiter le rétrécissement. Cette succession dans les manœuvres à remplir, traitement de l'infiltration d'urine, puis du rétrécissement, a été saisie par tous les auteurs ; tandis que nous avons vu, à propos des tumeurs urinaires, que la majorité des chirurgiens conseille de guérir le rétrécissement avant de s'occuper du traitement local de la tumeur, nous les trouvons ici d'un accord unanime pour recommander de guérir l'infiltration d'urine avant de s'occuper de la coarctation. Ce conseil est évidemment plein de sagesse. Ce n'est, en effet, qu'en donnant issue à l'urine épanchée hors de ses voies naturelles qu'on peut arrêter les progrès du mal, empêcher la gangrène du tissu cellulaire, et faire disparaître la fièvre urineuse et la résorption putride dont les effets ont un retentissement fâcheux sur l'ensemble de l'économie.

A en juger par l'épithète *multiple* donnée aux incisions, on voit que les auteurs n'adoptent pas une incision unique, s'étendant d'une extrémité à l'autre de la lésion. Ce dernier mode d'incision, bien préférable, est celui que M. Bonnet a constamment adopté, lors même que la gangrène s'étendait du périnée aux lombes, en suivant la paroi antérieure de l'abdomen.

Quelques détails d'anatomie pathologique des infiltrations urinaires sont ici nécessaires pour faire comprendre l'étendue et la direction que doivent avoir ces incisions. L'urine, en s'extravasant

dans le tissu cellulaire, ne parcourt pas toujours le même chemin. Quand la portion membraneuse ou prostatique de l'urètre a subi une solution de continuité, l'urine tend à se porter du côté du bassin, à cause de la résistance que lui oppose en bas l'aponévrose moyenne du périnée ; elle se dirige ensuite vers l'excavation ischio-rectale, et s'ouvre sur les côtés du rectum. Mais quand la perforation est au-dessous de l'aponévrose moyenne, c'est le long de l'urètre et du côté du pénis que l'infiltration chemine. On voit souvent l'urine remonter sur les parties latérales du ventre, gagner les lombes, et aller même jusqu'aux omoplates. Dans ces cas, pour mettre le mal à découvert dans toute son étendue, on est quelquefois obligé de pratiquer de profondes incisions le long de la verge, de séparer les deux testicules, et même d'inciser les tissus depuis la région périnéale jusqu'à la région lombaire. Lorsque l'infiltration d'urine a gagné les lombes en remontant au-devant des fosses iliaques, l'incision de tous les tissus baignés par l'urine exposerait à la section du cordon spermatique. Il faut alors se contenter d'inciser au-dessus et au-dessous de ce canal, et laisser intacte la peau qui le recouvre.

Mais l'intervention de l'art doit-elle se borner à ces grandes incisions? M. Bonnet ne saurait l'admettre. Un traitement local plus complet est indispensable. L'urine ne peut s'écouler librement, même après les incisions les plus considérables ; elle reste infiltrée dans le tissu cellulaire, en partie gangrené, et fournit des matériaux nuisibles à l'absorption. L'inflammation adhésive, dont l'absence a facilité l'infiltration d'urine, doit être provoquée, et les tissus dans lesquels elle séjourne encore doivent être desséchés. A ces deux points de vue, la cautérisation avec le fer rouge, telle que le conseille M. Bonnet, est formellement indiquée. Il croit utile, non-seulement de faire les larges incisions que nous avons indiquées, mais encore de promener le fer rouge, jusqu'à une dessiccation complète, sur toutes ces solutions de continuité, afin de détruire tous les éléments putrides, dont la pénétration dans l'économie est si nuisible. Des solutions caustiques métalliques, telles que celles contenant en dissolution un centième de chlorure de zinc, peuvent être employées plus tard dans les pansements, si des symptômes de décomposition putride se manifestent.

Les cas dans lesquels M. Bonnet a employé cette pratique, c'est-à-dire l'incision suivie de la cautérisation profonde des tissus infiltrés d'urine, sont au nombre de trois : les deux premiers sujets ont guéri ; le dernier est mort deux mois après l'opération. Il s'agissait la première fois, en 1852, d'un homme d'une quarantaine d'années,

atteint d'un rétrécissement du canal de l'urètre qui avait fini par donner lieu à une infiltration d'urine, laquelle, partant du périnée, avait remonté au-devant du ventre pour gagner la région lombaire du côté gauche. M. Bonnet incisa tout le trajet qu'avait parcouru l'urine, en prenant toutefois la précaution de laisser intacts le cordon spermatique et la peau qui le recouvrait. Il cautérisa ensuite cette vaste solution de continuité avec des cautères cultellaires et ne s'arrêta dans cette opération que lorsque tous les tissus eurent été complétement desséchés. Les phénomènes généraux graves auxquels cet homme était en proie ne tardèrent pas à disparaître ; et lorsque les escarres se détachèrent, la plaie prit un aspect vermeil et se cicatrisa en grande partie. La section du rétrécissement fut alors opérée suivant la pratique décrite dans l'article précédent. L'urine pouvant dès lors s'écouler librement par ses voies naturelles, la plaie qui restait au périnée ne tarda pas à guérir.

Le second malade, chez lequel la section d'un rétrécissement de l'urètre avait donné lieu à une infiltration d'urine qui avait remonté le long du pénis, dut sa guérison à l'application de la même méthode de traitement. Nous allons rapporter ici cette intéressante observation.

Obs. II. — *Rétrécissement fibreux de l'urètre. — Incision sur un conducteur introduit par un cathétérisme forcé. — Infiltration d'urine, cautérisation au fer rouge. — Guérison.* — Un horloger de Montbrison entra, en 1852, dans le service de M. Bonnet, de Lyon. Il était atteint d'un rétrécissement fibreux du canal de l'urètre siégeant à 12 centimètres de profondeur. La dilatation, employée pendant deux mois consécutifs, n'avait produit aucun résultat. M. Bonnet n'avait jamais pu franchir le canal avec la plus petite bougie en gomme élastique. Comme la rétention d'urine devenait de plus en plus forte et que le malade ressentait les phénomènes généraux, conséquence de la rétention de l'urine dans la vessie, notre confrère résolut de tenter la cure de cet homme, en pratiquant un cathétérisme forcé qui pût permettre de faire pénétrer dans la vessie un conducteur semblable à celui qui est représenté p. 501, fig. B. Ayant introduit l'index et le médius de la main gauche dans le rectum, il se servit de ces deux doigts pour guider un conducteur dans la direction du canal de l'urètre oblitéré, à l'aide d'un instrument particulier. La section du rétrécissement ayant été faite sur ce conducteur, on put faire pénétrer ensuite dans la vessie une sonde de 9 millimètres de diamètre.

Cette section du rétrécissement, bien différente de celle que nous avons décrite, puisque le conducteur fut introduit forcément, donna lieu à une infiltration d'urine qui, partant du périnée, remonta entre les deux testicules et atteignit la face inférieure du pénis. M. Bonnet pratiqua sur les tissus infiltrés d'urine une incision, qui, partant du périnée, sépara les deux testicules et vint se terminer à la racine de la verge. Dès que les ligatures des artères qui avaient été intéressées eurent été faites, il cautérisa cette vaste plaie avec des cautères cultellaires, et ne s'arrêta que lorsqu'elle eut été complétement dessé-

chée. L'infiltration d'urine et les accidents généraux graves auxquels elle avait donné naissance cessèrent. Lorsque les escarres se détachèrent, il y eut une hémorrhagie, qui se renouvela à deux reprises différentes et mit ce malade dans un état de prostration extrême. Cet écoulement de sang, qui fut heureusement combattu par la ligature, changea l'aspect de la plaie : elle donna de l'odeur; et des détritus gangréneux s'étant consécutivement manifestés, nécessitèrent une application de quelques heures sur la plaie d'une couche de pâte au chlorure de zinc. Dès que les escarres sèches produites par ce caustique se furent détachées, la plaie ne tarda pas à se cicatriser, et le malade put enfin quitter l'hôpital après trois mois et demi de traitement, pouvant uriner librement. La cautérisation de la plaie qu'avait nécessitée l'infiltration d'urine était presque cicatrisée. Nous avons revu, un an après, ce malade, qui, ayant négligé de continuer la dilatation avec des bougies en gomme élastique, comme le lui avait recommandé M. Bonnet, avait fini par voir le jet de son urine devenir de plus en plus fin. La plaie du périnée n'existait plus. M. Bonnet put introduire à travers le rétrécissement et jusque dans la vessie un stylet conducteur, et il s'en servit pour pratiquer l'incision d'avant en arrière. Le malade retourna dans son pays quelques jours après, pouvant uriner très-librement et introduire dans sa vessie une sonde de 9 millimètres de diamètre.

Obs. III. — En 1855, M. Bonnet, en prenant le service de la clinique chirurgicale, trouva un malade chez lequel la section des rétrécissements de dehors en dedans, telle que la conseille M. Syme, avait donné lieu à une infiltration d'urine. Il incisa la tumeur urinaire et pratiqua une cautérisation s'étendant de la racine de la verge au rectum. Le lendemain de cette opération, il constata une infiltration d'urine qu'il n'avait pas vue la veille, et qui, remontant au-devant du ventre jusqu'au dessus de l'os des iles, avait une largeur de plus de 10 centimètres. N'osant pas revenir à l'emploi du fer rouge, il se contenta d'inciser la tumeur et de la cautériser avec des applications de pâte au chlorure de zinc. Les escarres se détachèrent avec lenteur, les plaies ne purent pas se cicatriser, et la suppuration épuisa peu à peu le malade, qui succomba trois mois après.

Il faut noter ici que l'opération n'avait pas été faite suivant les règles recommandées. Philipeaux, D. M.

Recherches sur le mal perforant du pied et son traitement.

Suite et fin [1].

L'anatomie et la physiologie pathologique du mal perforant du pied peuvent se diviser en quatre périodes distinctes : dans le principe, c'est un simple durillon qui constitue toute la maladie; à une deuxième période apparaît un ulcère; à une troisième se développent les inflammations des bourses muqueuses, des synoviales tendineuses et articulaires du périoste; en dernier lieu, arrivent les ostéites, les caries et les nécroses.

---

[1] Voir le numéro précédent, page 203.

A. *Du durillon.* L'épiderme est beaucoup plus épais qu'à l'état ordinaire, composé de cellules élémentaires, sans modification anormale ; sa coloration est d'un jaune pâle ou d'un blanc mat ; quelquefois un peu de sang s'est épanché entre ses diverses lamelles, et il offre alors une teinte brune et noire par places, le plus souvent vers le centre de la callosité ; sa consistance est très-dure ; il se laisse difficilement entamer par le bistouri ; son épaisseur est variable, à peu près la même dans toute l'étendue de la petite tumeur, qui peut offrir de 1 à 3 centimètres de largeur ; sa surface est généralement unie, souvent fendillée, comme crevassée ; les conduits des glandes sudorifères doivent être, dans beaucoup de cas, complétement effacés ; cependant Simon et M. Lebert ont retrouvé ces conduits très-évidents.

Le derme sous-jacent au durillon n'éprouve souvent aucune modification ; cependant quelquefois les papilles sont moins allongées que dans le voisinage. Quant au tissu même du derme, il est plus condensé, laminé entre l'épiderme et les os sous-jacents. Simon a vu les vaisseaux de la peau remplis de sang, en quantité très-considérable. Nous-même, en observant les callosités épidermiques, avons constaté que le derme était très-vasculaire, et saignait avec une grande facilité. Quant aux glandes sudorifères, le micrographe allemand dit qu'elles n'avaient subi aucun changement à ce niveau. Elles doivent cependant être quelquefois atrophiées comme les autres éléments de la peau.

Les callosités épidermiques sont, pour certains malades, la cause de douleurs intolérables ; d'autres les supportent presque sans les apercevoir.

B. *Ulcération des fistules dermiques.* — Lorsque les malades, après de longues courses, ou une station prolongée sur les pieds, souffrent de leurs callosités, ils les enlèvent couche par couche avec l'instrument tranchant ; ils trouvent alors au-dessous de l'épiderme une petite cavité formée par le décollement des stratifications épithéliales de la surface papillaire ; cette petite cavité contient ordinairement une certaine quantité d'un liquide séro-sanguinolent, ichoreux, quelquefois mêlé à des globules de pus peu nombreux. De la surface du dernier s'élève une espèce de papille rouge, fongueuse, dont l'analyse microscopique a fourni à M. Robin des cellules d'épiderme en voie de formation. Telle est la manière dont l'ulcère est le plus souvent mis à découvert. La callosité porte presque toujours les traces d'anciennes abrasions ; son ouverture est constituée par une espèce de fente, dont les bords sont obliquement coupés aux dépens des cou-

ches les plus externes ; l'orifice le plus extérieur offre un diamètre variable de quelques millimètres à un centimètre, et même davantage, selon que le malade a fait sa petite opération avec plus ou moins de hardiesse; le trajet qui conduit à la surface du derme, et même plus profondément, est tantôt direct, tantôt oblique, généralement en forme d'entonnoir à base interne. Que si, avec un stylet, on pénètre dans la plaie, on reconnaît facilement que son extrémité peut être mue circulairement au-dessous du couvercle épidermique ; le derme, en effet, est malade dans une étendue plus considérable que l'ouverture extérieure ne semblerait l'indiquer.

Lorsque le durillon a été enlevé dans la plus grande partie de son étendue, il reste une surface ulcérée que Marjolin a bien indiquée et bien décrite. « Leur surface est formée par un grand nombre de villosités coniques, d'une texture dure et serrée, très-rapprochées les unes des autres, représentant, en quelque sorte, un velours de laine grossier ; ces végétations paraissent naître du derme ; l'épiderme qui entoure l'ulcère est épaissi, calleux et même corné, quelquefois divisé par des fissures profondes. Ces ulcères, que j'ai observés deux fois à la plante du pied, laissent suinter en petite quantité un liquide visqueux presque incolore, fétide, qui, en se desséchant, forme une croûte épaisse, dure, grisâtre, très-adhérente ; ils sont peu douloureux ou même indolents. »

Ces ulcérations n'ont que peu de tendance à la cicatrisation. Si elle se fait spontanément, ce qui arrive quelquefois, elle n'est pas durable; les tissus sous-jacents sont, en effet, trop profondément modifiés pour qu'une récidive ne soit pas imminente, si le malade reprend ses premières occupations.

C. D. *Inflammation des bourses muqueuses*, *des synoviales*, etc., *carie*, *nécrose*.—L'ulcère corné a une grande tendance à s'étendre en profondeur, lorsqu'un traitement convenable n'est pas promptement employé. Or, comme sous les callosités épidermiques, à la face profonde du derme, il se trouve ordinairement des bourses muqueuses au talon, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes du gros et du petit orteil, sur la partie saillante des déviations articulaires, ces bourses muqueuses sont les premières atteintes par l'inflammation, puis les gaînes tendineuses, les synoviales articulaires et le périoste ; les arthrites et les périostites concourent à la production des caries et des nécroses avec leurs caractères anatomo-pathologiques ordinaires, qu'il est inutile d'énumérer. Lorsque les choses en sont arrivées à ce point, le tableau change de face : il y a production de pus en quantité considérable ; il s'établit des phlegmons et des

fusées purulentes dans le voisinage des ulcères et des fistules.

Au bout d'un temps plus ou moins considérable, ces inflammations passent à l'état chronique, et alors, ou bien les arthrites chroniques se changent en arthrites sèches, ou bien les os s'enflamment, et, après un temps variable, se carient et se nécrosent.

Le mal perforant du pied est une maladie toute locale. La seule, la véritable cause, celle sur laquelle je me propose d'insister est toute mécanique: c'est une compression longue et continue du derme entre deux corps résistants, d'abord entre le soulier et les os, plus tard entre les os et le durillon. Le derme, au niveau de l'induration épidermique, finit par subir une modification analogue, en quelque sorte, à celle qui se produit dans le cas d'étranglement; sous l'influence d'une pression répétée au niveau de l'induration épidermique, il éprouve une mortification réelle. Par mortification, nous n'entendons pas indiquer une gangrène proprement dite, mais une destruction moléculaire des éléments du derme, comparable à celle que l'on observe dans un grand nombre d'ulcérations, comme à la suite d'une contusion ou dans la production d'un ulcère variqueux, etc. Pendant cette mortification graduelle, l'épiderme n'en continue pas moins à être sécrété à la surface ulcérée, noirâtre, sanguinolente.

Il suit de ce qui précède que c'est surtout dans les professions qui nécessitent des travaux pénibles que l'on doit observer cette affection. De sept malades, deux étaient maçons, deux commissionnaires, un autre maréchal; les femmes en sont rarement atteintes. Je n'en ai vu qu'un exemple chez elles. M. Nélaton a signalé l'hérédité à propos de son malade; il n'en est fait mention dans aucune de nos observations. L'influence de la sueur des pieds, avancée par M. Jobert, n'est signalée que dans un cas; aucune diathèse, aucun vice de l'organisation ne peut être accusé de tenir la maladie sous sa dépendance. Pourtant il faut bien tenir compte d'une prédisposition spéciale. En effet, tous les individus soumis aux mêmes causes ne contractent pas la maladie, et ceux-là qui en sont atteints en portent ordinairement plusieurs traces à la fois; elle siége, dans la plupart des cas, sur les deux pieds et sur plusieurs endroits du même pied. L'observation de M. Nélaton prouve que la maladie peut se déclarer sans le durillon, et M. Robin m'a rapporté qu'il avait vu un ulcère perforant se manifester chez un individu, à la partie postérieure de son talon, précisément au niveau d'une dureté du cuir de son soulier, qui joua le rôle de callosité épidermique. Quelque grande, au reste, que soit la tendance à l'ulcération du derme modifié, la maladie s'arrêterait le plus souvent très-vite, sans une circonstance

particulière que je tiens à signaler, à savoir une insensibilité relative très-marquée des individus chez lesquels j'ai observé les désordres les plus grands.

J'avais cru autrefois que le mal perforant était tout simplement un durillon passé à l'état chronique ; mais la marche si rapide de la maladie, dans certains cas, sa multiplication sur plusieurs points, son apparition sans durillon, d'ailleurs, peu ou point de pus, toutes ces raisons me font, avec M. Robin, rejeter une identité absolue avec le durillon forcé, qui est précédé le plus souvent d'un inflammation aiguë, accompagnée de la formation d'une plus grande quantité de pus.

La comparaison que M. Vésignié a établie entre le mal perforant et le psoriasis palmaria, bien qu'elle ne préjuge rien sur sa nature, renferme pourtant une idée que je ne partage pas, et qui est démentie par les observations mêmes de ce médecin, à savoir que les callosités qu'il a observées autour des fistules et des abcès sont indépendantes de toute espèce de pression, qu'en un mot, ce ne sont pas des durillons. L'influence attribuée par M. Robert aux hypertrophies papillaires de la plante du pied ne repose sur aucune des observations publiées jusqu'à ce jour ; mais il pourrait peut-être se développer une ulcération perforante sur une tumeur papillaire de la plante du pied.

Le mal perforant se distingue facilement des ulcérations syphilitiques ; il n'offre pas non plus la physionomie des ulcères qui accompagnent les cancroïdes ; il n'y a non plus aucun rapport entre cette affection et les ulcérations ayant pour point de départ les maladies des glandes sudorifères, non plus, à plus forte raison, entre le mal perforant et les ulcérations du pied chez les spiloplaxiques, ou malades atteints de l'éléphantiasis des Grecs. L'inflammation des bourses muqueuses de la plante du pied, normales ou accidentelles, est, au contraire, très-susceptible d'être confondue avec le mal perforant, et il faut souvent y regarder de très-près avant de se prononcer. Il est très-probable que quelques-unes des observations d'inflammation des trois bourses muqueuses de la plante du pied, rapportées par M. Lenoir, en 1837, n'ont qu'un rapport secondaire avec les bourses muqueuses et conviennent bien mieux au mal perforant.

De l'opinion que j'ai émise sur la nature du mal perforant se déduit tout naturellement le traitement que doit lui être appliqué. Cette affection reconnaît une cause locale, mécanique, exerçant son action pendant un temps plus ou moins long ; c'est donc à un trai-

tement local qu'il faut avoir recours. Comment ce traitement doit-il être institué à chacune des périodes de la maladie?

1° *Traitement du durillon.* — La première chose à faire, évidemment, est de tâcher de l'enlever avec un bistouri, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le derme; mais cela n'est pas toujours très-facile : lorsqu'il y a mélange intime, emboîtement réciproque de l'épiderme et des papilles du derme; lorsque le derme tout entier a été envahi par les cellules épidermiques, il est presque impossible de reconnaître un point où on puisse s'arrêter, sans avoir la crainte de voir le mal récidiver. Boyer conseille dans ces cas de circonscrire la plaque épidermique par une incision circulaire, et de l'emporter avec toute l'épaisseur du derme sous-jacent, et encore cela n'est-il pas toujours suffisant. Chez un malheureux jeune homme, tourmenté par les douleurs atroces que lui faisait éprouver une callosité engaînant presque toute l'extrémité phalangienne d'un de ses orteils, il s'est vu forcé de recourir à l'amputation des phalange. Cependant, on sera rarement forcé d'en venir à ces moyens extrêmes; le plus souvent, il suffira d'enlever la callosité avec une portion du derme correspondant : on aura de cette manière une plaie vive, dont la cicatrisation marchera rapidement avec le repos au lit et des pansements convenables. Si l'épiderme était trop résistant, on pourrait recourir au moyen préconisé par Lisfranc; ce moyen consiste à faire macérer le durillon dans une eau saturée de savon noir, et à l'enlever ensuite couche par couche : il y aura toujours avantage à ramollir ces plaques cornées; leur extirpation n'en sera que plus facile.

2° *Traitement des ulcères, des fistules.* — Les ulcères et les fistules, comme nous l'avons vu, n'ont que peu de tendance à la cicatrisation; la base qui les constitue a une tendance continuelle à se détruire; elle a subi des modifications qui ne permettent pas la cicatrisation, ou du moins une cicatrisation durable. Les onguents, les emplâtres irritants, ne suffisant pas au succès, il faut s'adresser à des moyens plus énergiques. Le nitrate d'argent, vigoureusement employé, a produit de bons résultats. La potasse caustique a réussi entre les mains de M. Vésignié. L'abrasion avec le bistouri du cercle épidermique et de la surface ulcérée a triomphé chez deux malades de Marjolin, et chez quelques-uns des nôtres. Lorsque l'ulcère s'est étendu en profondeur, de manière à former une fistule à travers les parties molles, le même traitement sera applicable, modifié seulement d'après la configuration des parties. Donc, emportez la base ulcérée avec les caustiques, ou plutôt avec le bistouri,

l'action est plus prompte, la plaie plus vive, et la cicatrisation plus rapide; ensuite, pansement avec des pommades excitantes et avec la teinture d'iode, si l'on veut. La cicatrisation, favorisée d'ailleurs par le repos au lit et une position élevée du membre inférieur, ne se fera pas attendre plus d'une quinzaine de jours.

3° *Traitement des inflammations des bourses muqueuses, synoviales, du périoste.* — Rien de spécial; par conséquent, inutile d'y insister.

4° *Traitement des ostéites, caries et nécroses.* — Le traitement qui réussit dans ces maladies en général pourra être appliqué sans inconvénient, lorsque toutefois on aura soigné, comme il a été indiqué, les callosités et les ulcérations qui les ont précédées.

S'il s'est formé un séquestre par suite d'une nécrose d'un os ou d'une portion de cet os, faudra-t-il en abandonner l'élimination à la nature ou faire l'extraction, ou même recourir à l'amputation? Les circonstances indiquent au chirurgien la marche qu'il doit suivre; seulement il ne devra pas reculer devant la crainte de voir le mal récidiver. Le moyen de prévenir une rechute ne réside pas dans le procédé employé pour obtenir la guérison du mal une fois développé; il réside dans les moyens dirigés contre les développements de la maladie à son début.

Quels sont donc les moyens prophylactiques à mettre en usage? Le mal perforant, naissant toujours sous l'influence de pressions continues, de frottements multipliés, pendant les marches ou les travaux pénibles, l'indication est donc de prévenir ces pressions et ces frottements; et, pour cela, il faudra, comme le conseille M. Nélaton, conseiller des chaussures qui protégent les parties les plus susceptibles de devenir malades. Des semelles molles, recouvertes de substances élastiques, préviendraient sans doute le développement de callosités épidermiques. Chez les personnes à prédisposition exagérée, le changement de profession est indispensable, si celle-ci est pénible, si elle exige de longues stations sur les pieds ou des marches forcées.

E.-C. Leplat.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pierres antiophthalmiques.

L'emploi des collyres secs est d'un usage assez fréquent dans le traitement des affections oculaires, et tous les praticiens savent les secours précieux qu'ils ont retirés de l'usage du sulfate de cuivre et

du nitrate d'argent cristallisé. Mais entre l'astriction du sel de cuivre et la cautérisation que produit le sel d'argent, il y a une énorme distance que M. le docteur Vallez, de Bruxelles, propose de combler en combinant entre elles les diverses substances employées en collyres, les sulfates d'alumine et de potasse, de cuivre, de fer, de zinc, l'hydrochlorate d'ammoniaque, le précipité rouge, le sulfate de soude, auxquels on ajoute de la gomme arabique en poudre pour leur donner le degré de cohésion nécessaire. Cette forme pharmaceutique présente aux yeux de ce médecin l'avantage de mieux limiter l'action de ces diverses substances médicamenteuses. Voici la description qu'il en donne dans le Journal de médecine de Bruxelles.

Mode de préparation des pierres antiophthalmiques. — Selon que l'on veut faire telle ou telle pierre, on prend deux, trois ou quatre des agents médicamenteux convenus, à doses calculées, que l'on pulvérise finement dans un mortier de marbre, puis on dépose ce mélange dans un petit vase de terre neuf vernissé, que l'on met sur un feu doux. On l'y laisse jusqu'à ce que le mélange soit fondu dans son eau de cristallisation et qu'il ait acquis la consistance sirupeuse ; versez tout de suite quantité suffisante de la fusion dans une lingotière, qui n'est autre chose pour nous qu'une cuiller à café en argent médiocrement étroite, dans le sens de sa longueur.

Après refroidissement, on obtient une masse pierreuse inaltérable à l'air, ayant la forme conique allongée.

Suivant qu'on emploie telles ou telles substances, on se procure des combinaisons pierreuses diverses par leur mode d'action.

Plusieurs des agents chimiques employés en cette circonstance, quoique ayant subi des changements moléculaires par leur fusion, ne perdent cependant pas leurs propriétés respectives ; il en est de même parmi eux qui augmentent leur vertu dans leur état anhydre.

Quelques-uns ne peuvent convenablement se transformer en masse dure, sans l'adjonction d'une certaine quantité d'alun ou de gomme arabique.

Ce que nous venons de dire des pierres antiophthalmiques et de la manière de les préparer suffira, nous le croyons, pour mettre le praticien à même de s'en faire une collection complète, et de distinguer parfaitement le cas où chacune d'elles devient applicable. Quant à la valeur de ces pierres comme agents thérapeutiques, nous laissons au succès le soin de l'établir.

D'après ce qui a été dit au commencement de cet article, nous croyons superflu d'ajouter que nos pierres doivent être regardées

comme des agents de médecine adjuvante; ce qui ne veut pas dire que le praticien ne rencontrera pas des cas où, par le seul attouchement fait avec le secours de ces agents, il n'ait à se féliciter de la guérison parfaite. Disons enfin que les tissus membraneux, spongieux, parenchymateux, les papilles muqueuses, nerveuses, les glandules, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont diversement susceptibles de resserrement fibrillaire; ainsi beaucoup de maladies de l'appareil optique et surtout celles de la membrane conjonctive et les affections très-variées du miroir oculaire sont aussi avantageusement modifiées par des applications ou attouchements bien faits avec nos pierres.

Comme on le voit, pour faciliter l'introduction de nos pierres sous les voiles palpébraux, nous leur avons donné la forme d'un cône allongé. Et comme il convenait de tenir compte des degrés d'intensité et des variétés de l'ophthalmie, nous avons subdivisé nos pierres en quatre espèces, dont chacune formera une classe distincte de substances antiophthalmiques.

Chaque classe comprendra à son tour quatre subdivisions, c'est-à-dire quatre pierres numérotées suivant leur degré de force active; le nº 1 indiquant le plus faible et le nº 4 le plus fort.

PREMIÈRE CLASSE.— *Pierres styptiques.*

Nº 1. Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque.

On trouve l'alun sous forme de cristaux octaédriques ou cubiques, volumineux, transparents, inodores et d'une saveur styptique.

Pour avoir une pierre, il suffit de couper un morceau de cristal d'alun de manière à lui donner la forme conique allongée.

Nº 2. Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque.	8 grammes.
Sulfate de soude.	4 grammes.

Ajoutez, poudre de gomme arabique, 25 centigrammes.

Faites fondre ces médicaments dans leur eau de cristallisation; versez la fusion dans la lingotière *ad hoc*.

La pierre qui en résulte reste sèche, et son action astringente est plus prononcée que celle de l'alun cristallisé.

Nº 3. Sulfate de cuivre.	8 grammes.
Alun.	4 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

Nº 4. Sulfate acide d'alumine et de potasse, d'ammoniaque.	4 grammes.
Sulfate de zinc.	8 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

Les styptiques ont la propriété de déterminer une espèce d'astriction ou un resserrement plus ou moins visible et prompt dans les parties vivantes avec lesquelles on les met en contact, et de diminuer une sécrétion quelconque par une sorte de crispation fibrillaire, dont il a déjà été question plus haut.

Ces moyens sont donc utiles dans les écoulements qui excèdent l'état normal.

Deuxième classe. — *Toniques.*

N° 1.	Sulfate de fer.	6 grammes.
	Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque, de chaque. . . .	6 grammes.

Ajoutez :

Poudre de gomme arabique.	25 centigrammes.
Eau distillée.	20 gouttes.

Fondez et versez, etc.

N° 2.	Sulfate de cuivre.	6 grammes.
	Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque, de chaque. . . .	6 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

N° 3.	Sulfate de zinc.	6 grammes.
	Sulfate de fer.	6 grammes.
	Gomme arabique.	20 centigrammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

N° 4.	Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque.	4 grammes.
	Sulfate de fer.	6 grammes.
	Sulfate de cuivre.	2 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

Les toniques ont la propriété d'augmenter graduellement l'action vitale de nos tissus, sans déterminer une astriction fibrillaire manifeste, comme les styptiques. Nous ne parlons ici que de leur action locale ou externe en ophthalmiatrie. Les pierres toniques conviennent dans le relâchement des parties qui ont besoin d'une certaine force tonique pour bien remplir les fonctions qui leur sont dévolues.

Troisième classe. — *Tono-styptiques.*

N° 1. Hydrochlorate d'ammoniaque.

Ce sel se trouve dans le commerce, sous forme de petits pains cristallisés, blanchâtres, inodores et d'une saveur âcre et amère.

Il suffit de prendre un morceau de ces masses coniques, et, à l'aide d'un couteau, de lui donner la forme des autres pierres composées.

N° 2. Sulfate de zinc. . . . . 12 grammes.

Fondez dans son eau de cristallisation, versez, etc.

On sait que ce sel n'existe, dans la nature, qu'impur; mais dans les pharmacies on le trouve pur, sous forme de petits cristaux prismatiques à quatre pans, incolores, d'une saveur âcre.

N° 3. Sulfate de cuivre. . . . . 6 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . 4 grammes.
Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque. . . . . . . 2 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

N° 4. Sulfate de zinc. . . . . 6 grammes.
Sulfate de cuivre. . . . . 6 grammes.

Mêlez; fondez et versez, etc.

Les tono-styptiques jouissent d'une double propriété : ils sont à la fois toniques et styptiques; ils provoquent constamment une réaction locale, tout en augmentant la tonicité passagère des tissus soumis à leur influence; ils resserrent en même temps, d'une manière peu durable, les orifices par lesquels s'opère une évacuation; de là, diminution ou arrêt dans cette fonction.

Quatrième classe. — *Styptiques énergiques.*

N° 1. Sulfate de cuivre. . . . . 4 grammes.
Sulfate de fer. . . . . 2 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . 4 grammes.
Sulfate acide d'alumine et de potasse, ou d'ammoniaque. . . . . 2 grammes.

Mêlez, fondez et versez, etc.

N° 2. Sulfate de fer pur cristallisé.

Comme ce sel est ordinairement sous forme de petits cristaux rhomboïdaux, il est assez rare de trouver chez un pharmacien une masse cristallisée propre à en faire une pierre conique allongée.

N° 3. Sulfate de cuivre cristallisé.

Quant à ce sel, que l'on trouve partout sous forme de gros cristaux, il suffit d'en couper un pour lui donner la forme voulue.

N° 4. Sulfate de cuivre. . . . . 8 grammes.
Précipité rouge. . . . . 2 grammes.
Alun. . . . . 2 grammes.

Mêlez, fondez et versez.

Les médicaments de cette dernière classe agissent en resserrant fortement et, si je puis le dire, en tannant les tissus sur lesquels on les applique, ainsi qu'en refoulant les liquides qui y affluent. Ils opèrent particulièrement sur le système capillaire, émoussent la

sensibilité de cet appareil et diminuent progressivement les mouvements sécréteurs et excréteurs des parties soumises à leur action directe. Ajoutons qu'ils produisent, en général, de mauvais effets dans toutes les phlegmasies récentes très-intenses et dans toutes les phlegmasies chroniques avec altération profonde des tissus.

Poudre diurétique.

La médication diurétique est une de celles auxquelles on a journellement recours, et malgré le grand nombre de formules publiées, le praticien, trop souvent encore, se trouve impuissant à provoquer la diurèse qui doit triompher des épanchements séreux. Voici un mélange très-simple qui nous est recommandé par un médecin en qui nous avons une grande confiance, M. le docteur Cagnon, médecin de l'Hôtel-Dieu de Vitry-le-Français.

Pr. Poudre de digitale.	0,15 centigrammes.
Nitrate de potasse.	1 gramme.
Crème de tartre sol.	1 gramme.
Sulfate de potasse.	1 gramme.

Mêlez et divisez en trois doses qui seront prises le matin à jeun, en laissant un intervalle d'une heure entre chacune d'elles. Au bout de quatre ou cinq jours de l'usage de ces poudres, notre savant confrère a presque toujours vu la sécrétion urinaire s'établir. On en continue l'emploi tout le temps qu'on veut maintenir l'effet thérapeutique.

Liniment antinévralgique.

Les névralgies sont loin de débuter d'une façon assez intense pour réclamer l'intervention d'une médication interne. D'autres fois, au contraire, cette dernière, pour être efficace, doit être secondée par l'action topique des substances narcotiques. Le liniment suivant nous a fourni trop fréquemment des résultats remarquables par leur efficacité, pour que nous puissions hésiter à le recommander à nos confrères.

Pr. Baume tranquille.	15 grammes.
Extrait de belladone	0,50 centigrammes.
Extrait de jusquiame.	0,50 centigrammes.
Laudanum de Syd.	4 grammes.
Chloroforme.	10 grammes.

Mêlez et conservez dans un flacon bouché à l'émeri. Une ou deux cuillerées à café, suivant l'étendue de la région, en onction sur la partie douloureuse, que l'on recouvre d'une carde de coton.

Debout.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'un cas de consomption ultime, traitée par la poudre nutrimentive (pepsine acidifiée).

M. B..., âgé de soixante-un ans, est atteint depuis six ans d'une affection des voies urinaires, qui se caractérisa au début par des hématuries, des rétentions d'urine qui ne se présentèrent qu'à de longs intervalles. D'une bonne constitution, sèche, nerveuse, d'un moral solide, le malade ne subit de ce mode d'être aucune altération dans sa santé générale; aussi continua-t-il avec persévérance des travaux sédentaires qui le tenaient assis une grande partie de la journée, sans se préoccuper de son état. Il vint un moment cependant où les accidents se rapprochèrent de trop près pour ne pas exiger les secours de la médecine. — La première idée qui se présenta fut celle d'un calcul vésical; cependant l'examen minutieux de la vessie par des hommes spéciaux, et dont la réputation d'habileté ne laisse rien à désirer, ne put faire découvrir de corps étrangers; on constata une hypertrophie de la prostate.

Un traitement approprié ramena le calme et un bien-être relatif. Le malade put reprendre une série de travaux assez considérables, qui furent interrompus de nouveau par l'apparition de phénomènes pathologiques, qui se montrèrent avec plus de persistance et sous un nouvel aspect.

J'exigeai un nouveau cathétérisme vers la fin de mars 1854. Une pierre volumineuse fut constatée et la lithotritie résolue. J'élague maintenant de mon sujet tout ce qui n'a pas rapport directement à l'emploi de la poudre nutrimentive.

De mars à décembre, le malade subit de fréquentes alternatives de mieux et de rechutes. La lithotritie procurait un soulagement immédiat, mais ne débarrassait pas complétement la vessie, qui, malade elle-même, ainsi que la prostate, ne nous laissait que peu d'espoir. En effet, le malade s'affaiblissait graduellement : défaut d'appétit, constipation opiniâtre et rebelle à tous les évacuants, faiblesse musculaire, et cependant l'estomac ne faisait entendre aucune plainte; il était insensible. Pourquoi manger, disait le malade, je ne me nourris pas ?

Une consultation eut lieu entre MM. Chomel, Nélaton, Civiale et moi. Il fut arrêté que toute opération cesserait, qu'on essayerait de nourrir le malade et de combattre la constipation.

Vain espoir; le malade alla s'affaiblissant, il ne quittait plus le lit. Il se plaignait faiblement de ses douleurs vésicales, restait une

partie de la journée dans un demi-sommeil, d'où il ne sortait que pour retomber dans une espèce de rêvasserie interrompue par quelques moments lucides. Le pouls était misérable, la langue dépouillée complétement d'épithélium, les commissures labiales ulcérées, la face bouffie, les extrémités supérieures et inférieures œdématiées et contrastant avec la maigreur squelettique du reste du corps ; à cela vint se joindre une diarrhée noire, striée de sang, d'une putridité cadavérique.

« Je descends, me dit le malade ; ne pouvez-vous rien autre chose pour moi, docteur ? »

Nous étions à la fin de janvier dernier, et je préparai la famille à une séparation prochaine. La consomption me paraissait ultime.

Je voulus répondre à l'appel suprême de mon malade, que j'aimais beaucoup ; j'envoyai chercher des poudres nutrimentives. Je prescrivis de deux en deux heures une cuillerée de bon bouillon de bœuf bien dégraissé ; on enveloppa dans du pain à chanter un peu de poudre, et le malade avala le tout. Un gramme de poudre fut pris dans les vingt-quatre heures et environ un verre de bouillon. De quatre en quatre heures, on administra des huitièmes de lavement d'un décocté de colombo additionné de quelques gouttes de laudanum. Pendant huit jours il fut impossible de faire prendre autre chose au malade. Il est difficile de décrire les alternatives de crainte et d'espérance qui agitèrent la famille pendant cette longue semaine, au bout de laquelle le malade me dit avec une expression de joie qui constrastait singulièrement avec son état général, car il eût été difficile de dire en quoi il différait du commencement de la semaine : « Nous enrayons, docteur. »

En effet, le changement consistait en un peu moins de bouffissure, en des selles plus rares, non putrides ; le pouls était moins filiforme, la langue peut-être un peu moins rouge, et les commissures labiales en voie de cicatrisation. Je profitai de l'énergie morale du sujet pour lui demander de sucer une noix de côtelette, précédée de la prise de 25 centigrammes de poudre nutrimentive. Il lui fallut bien du courage pour ce travail masticatoire ; mais il voulait vivre, il travailla.

Pendant deux mois, que je ne veux pas suivre dans tous leurs détails, le malade suça d'abord des côtelettes, des biftecks, des tranches de rosbif, de gigot, sans vouloir consentir à faire un seul de ses repas sans *ses poudres*. Un peu de vin fut permis, puis un peu de pain ; enfin la restauration se faisait ; les envies d'uriner n'étaient pas trop fréquentes ; les selles se supprimèrent, puis survint de la constipation, qui fut facilement vaincue par 10 centigrammes d'ex-

trait de fiel de bœuf, unis à 5 centigrammes de savon médicinal. La bouffissure de la face, l'œdème des extrémités, la rougeur de la langue avaient disparu, mais la faiblesse était toujours extrême. Le sommeil était bon, sans rêvasserie. J'exigeai du malade qu'il avalât la plus grande quantité de bouchées de viande, qu'il ne voulait que sucer, et l'estomac témoignant plutôt de la paresse que de la douleur, je prescrivis quelques centigrammes d'extrait de noix vomique. Nous marchâmes alors rapidement vers la convalescence, et la famille se flattait d'un espoir que je ne partageais guère, c'est que, revenu de si loin, le malade souffrirait peu de l'ennemi qu'il portait dans sa vessie; tout semblait, d'ailleurs, caresser cette pensée. A la mi-avril, le malade put se promener dans sa chambre; à la fin du même mois, il sortit, marcha une heure entière et se décida à louer à Neuilly. Je fis cesser les poudres, et, pendant quinze jours, il sembla jouir de l'existence; mais les envies d'uriner et tout le cortége des affections calculeuses reparurent avec la santé, et bientôt une exploration, faite avec tout le soin que peut y mettre un lithotriteur de la valeur de M. Civiale, vint nous apprendre que la maladie des voies urinaires avait grandi avec le temps. Une séance de lithotritie eut lieu; le malade souffrit peu, mais la constipation, la paresse digestive reparurent. Les opiacés furent prescrits contre la souffrance vésicale, les amers contre la dyspepsie; les aliments furent variés de toutes les façons : tout fut vain; les souffrances continues ne laissaient plus un instant de répit au malade, ni pour le sommeil ni pour les repas. Nouvelle séance de lithothritie; mais cette fois la souffrance fut grande, et le malade désira que l'on fit quelque chose de plus décisif.

En attendant une consultation nouvelle de MM. Chomel, Nélaton et Civiale, je le mis à l'usage des poudres nutrimentives, abandonnées depuis sept semaines. Nous étions au 1er juin et le 5 eut lieu la consultation. Cinq jours avaient suffi pour ramener un peu d'aptitude à la digestion, et le malade fut trouvé assez bien pour pouvoir supporter une séance de lithotritie après emploi préalable du chloroforme; bien entendu que l'opération fut indiquée comme dernier moyen de salut, et avec un bien faible espoir d'un heureux résultat; mais enfin elle fut juger praticable. Elle eut lieu le 7, et le 16 mon malade succombait à un accès de fièvre traumatique.

Cette observation, rapprochée de celles que M. L. Corvisart a réunies dans son mémoire (Dyspepsie et consomption, Labé, 1854), vient, il me semble, prouver une fois de plus des ressources que le médecin peut trouver dans l'emploi de la poudre nutrimentive, dans

les cas de consomption ultime, alors même qu'une affection organique incurable mine et détruit l'organisme.

C'est aux dernières limites possibles de la vie que l'emploi de la poudre nutrimentive est prescrit, etc'est après une lutte de plus de deux mois qu'elle triomphe du défaut d'assimilation. Ce fut un curieux spectacle, si nous osons nous exprimer ainsi, de voir ce sujet voué à une mort que nous regardions comme prochaine revenir lentement à la vie, et d'assister pas à pas au réveil physiologique des fonctions digestives, puis enfin à celles de l'assimilation.

Je n'ai pas eu l'occasion d'expérimenter de nouveau les poudres nutrimentives, parce que depuis longues années, j'ai protesté contre ces diètes rigoureuses et prolongées que l'on imposait aux malades atteints d'affections aiguës, et que je n'ai jamais eu dans ma clientèle de ces consomptions par défaut d'alimentation qui pouvaient faire dire au médecin : « C'est fâcheux, mon malade est mort guéri. » La lecture de l'article inséré au *Bulletin général de Thérapeutique* (t. XLVII, p. 320) m'avait donné le désir de lire le mémoire intitulé : Dyspepsie et consomption, de M. Corvisart, et la seule expérience que j'ai pu faire m'a convaincu que la poudre nutrimentive était un agent à essayer, toutes les fois que les fonctions digestives sont enrayées. LECOINTE, D. M.

Ulcère dû à un fragment de dent logé dans la langue et simulant un cancer de cet organe.

L'observation suivante présente un fait extrêmement curieux de corps étranger de la langue. Les conséquences pratiques auxquelles il donne lieu lui méritent une place dans les annales de la science.

Le nommé Boiton, de la commune de Touchet, âgé de quarante ans, d'une constitution robuste, vint me consulter, il y a quelques années, pour un mal à la langue qui le gênait et commençait à l'inquiéter.

Voici l'état de la langue. Cet organe était un peu tuméfié dans toute son étendue, mais surtout du côté gauche. A la face supérieure et à 2 centimètres environ de la pointe, entre la ligne médiane et la partie latérale gauche, on voyait un petit ulcère de 3 à 4 millimètres environ de diamètre, d'un aspect grisâtre, assez semblable à un aphthe largement ulcéré, si ce n'est que les bords dépassaient le niveau de la surface environnante, et étaient légèrement renversés. Il s'en écoulait un peu de pus sans odeur appréciable, mais d'assez mauvais goût pour forcer le malade à cracher souvent. Il y avait une douleur sourde

constante, qui par moments devenait vive, aiguë, particulièrement pendant la mastication. Il y avait aussi de temps en temps un léger écoulement sanguinolent.

J'avoue que de prime abord je crus avoir affaire à un ulcère cancéreux. Mais alors je questionnai le malade ; voici ce qu'il me dit : « Il y a dix à onze mois, je me fis arracher une grosse dent à la foire de Saint-Hilaire par un charlatan qui se trouvait là. Depuis j'ai toujours souffert plus ou moins à la langue. Au moment de l'extraction, j'éprouvai une vive douleur à la langue. Cette douleur continuant, je me mis à boire plus que de raison. En revenant chez moi, je sentais ma langue se gonfler, et dès le lendemain matin elle était au plein de la bouche. Je consultai pour cela un médecin, qui me dit qu'on m'avait blessé la langue, qu'il fallait me gargariser avec une décoction de guimauve et de pavot, et que cela guérirait ainsi. Au bout de quinze jours la langue était presque entièrement dégonflée, et je ne souffrais presque plus. Je restai dans cet état pendant deux ou trois mois ; mais peu à peu les douleurs augmentèrent, un petit bouton se montra sur la langue et finit par crever (il y a au moins trois mois). Je consultai alors un autre médecin, qui me prescrivit une poudre blanche (probablement de l'alun) pour saupoudrer la petite plaie. Je n'ai point de soulagement; le mal ne fait qu'empirer.»

Après la relation de ces antécédents, je saisis la langue entre le pouce et l'index. Je sentis comme un noyau dur et résistant ; puis la sonde, introduite dans la petite plaie, détermina par la percussion un bruit très-perceptible à l'oreille. J'annonçai au patient que j'étais sûr qu'il y avait là un corps étranger, et qu'il fallait une incision pour l'extraire. Je fis cette petite opération, et, à mon grand étonnement, je retirai la moitié de la couronne de la première grosse mofaire, enlevée onze mois auparavant par notre charlatan forain. Il est inutile d'ajouter que la guérison ne se fit pas attendre.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre :

1° Par sa rareté, je dirai même par sa nouveauté, car, pour moi, si je n'ose pas affirmer que ce soit le premier fait de ce genre, il est certain du moins qu'il y en a peu de semblables, et je n'en connais pas un seul analogue dans la science.

2° Par sa ressemblance avec un ulcère cancéreux.

Il est en effet digne de remarque qu'une ulcération simple, entretenue seulement par la présence d'un corps étranger, ait présenté la physionomie d'un ulcère malin, à tel point, je crois pouvoir l'affirmer, que l'œil du plus habile praticien eût pu s'y méprendre.

3° Par l'appui qu'elle vient apporter à la vérité de ce précepte,

d'ailleurs si hautement recommandé en chirurgie, mais sur lequel on ne peut trop insister, à savoir : que, pour éviter bien des mécomptes, toute partie malade, quelle qu'elle soit, doit être explorée par tous les moyens dont l'art dispose, et soumise à l'investigation minutieuse des sens.

4° Elle prouve enfin qu'il n'est pas toujours sans danger de se confier à ces dentistes en plein air qui sacrifient volontiers la sûreté à la rapidité de leurs opérations, sachant bien que cette rapidité d'exécution est regardée par la foule comme la meilleure preuve d'habileté.

HERBERT, D. M.
à Tillières (Eure).

BULLETIN DES HOPITAUX.

PNEUMONIE GRAVE ; TRAITEMENT ET GUÉRISON RAPIDE PAR LE TARTRE STIBIÉ A TRÈS-HAUTE DOSE ; TOLÉRANCE JUSQU'A LA PÉRIODE DE RÉSOLUTION ; INTOLÉRANCE ABSOLUE A PARTIR DE CETTE PÉRIODE. — On sait que c'est à la suite de ses recherches sur l'emploi du tartre stibié dans la pneumonie que Rasori a été conduit à établir et à généraliser le grand fait de la tolérance morbide de l'organisme. D'après lui, c'était une disposition accidentelle que l'organisme acquérait sous l'influence d'une maladie à recevoir un médicament sans manifester les effets qu'il produit ordinairement durant l'état de santé, et cette disposition, acquise par le fait de la condition pathologique, diminuait avec l'affaiblissement de cette condition, disparaissait à mesure que celle-ci se dissipait. Dans le système de l'auteur italien, l'inspection exacte du degré de tolérance était de la plus haute importance ; car il indiquait le degré d'intensité de la diathèse et réglait les doses du médicament en rapport avec la tolérance ; autrement dit, plus la maladie était intense, plus elle réclamait une dose élevée du médicament, et plus facilement cette dose était supportée par le malade ; par suite, l'intolérance marquait la période de résolution et l'intolérance survenue, il fallait se hâter de revenir à des doses modérées du médicament, à le suspendre même, sous peine de voir survenir des accidents graves.

Tous ceux qui ont répété les expériences de Rasori ont constaté ce grand fait de la tolérance par des doses de tartre stibié bien supérieures à celles qu'on employait autrefois ; mais le point sur lequel ont porté surtout les divergences d'opinion entre les médecins français et les médecins italiens, c'est sur le rapport de cette tolérance avec l'état morbide, et par suite, de l'intolérance avec la résolution

de celui-ci. Les médecins français ont soutenu, par exemple, contrairement à l'opinion de Rasori, que, la tolérance une fois établie, elle persistait et se continuait sans interruption pendant la période de résolution et jusqu'à la convalescence même. Il y avait cependant une telle précision dans les faits annoncés par Rasori qu'on ne pouvait admettre une erreur de sa part, et, d'un autre côté, l'introduction de la méthode stibiée dans la thérapeutique française a subi une si grande modification qu'il y a bien lieu de se demander si la différence dans les résultats ne tiendrait pas précisément à ces changements imprimés à la formule de Rasori. Le plus grand nombre des médecins français croient, en effet, employer la méthode Rasorienne quand ils donnent le tartre stibié à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour. Or, Rasori ne donnait pas moins de 2 scrupules en deux fois dans les vingt-quatre heures (1 gr. 20), et dans les cas plus avancés et plus graves, il donnait d'emblée 1, 20 ou 2 grammes de tartre stibié, puis augmentait graduellement jusqu'à 4 grammes, jusqu'à 8 grammes, ou même plus, suivant la marche de la capacité morbide. Eh bien ! ne pourrait-on pas se demander, lorsque la tolérance n'a pas suivi entre les mains des médecins français la marche qui lui avait été assignée par Rasori, s'il ne faudrait pas rapporter cette différence aux doses faibles d'émétique administrées par les médecins de notre pays. Il doit même y avoir de grandes différences entre les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de doses faibles et ceux auxquels on peut prétendre, grâce aux doses énormes de la méthode Rasorienne proprement dite.

Un fait dont nous avons été témoin dans le service de M. Aran, qui répète en ce moment les expériences de Rasori dans toute leur pureté, nous porterait à croire que le médecin italien est plus dans la vérité qu'on ne le croit généralement :

Le 6 août dernier, on apporta dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Bardot (Adolphe), âgé de cinquante-deux ans, homme de peine, atteint depuis l'avant-veille d'une pneumonie grave. Bien portant dans les premiers jours du mois d'août, cet homme s'était aperçu, dans la matinée du 4, qu'il n'avait pas d'appétit, et, très-peu de temps après, il perdait connaissance et restait sans secours pendant deux heures. Revenu à lui, dans un grand état de malaise, il fut saigné, et presque aussitôt se manifestèrent des signes de maladie thoracique, de la toux, de la dyspnée, un point de côté, plus, des vomissements bilieux, mais pas de crachements de sang. A son entrée à l'hôpital, l'anxiété était extrême ; l'interne de garde fit appliquer 20 ventouses scarifiées. Dans la soirée, le malade

était un peu soulagé, la dyspnée était moindre ; cependant, l'abattement était extrême, le pouls faible, dépressif et fréquent, à 104; la respiration également très-accélérée, 48 inspirations ; la langue sèche et racornie ; absence complète d'expectoration. Du reste, les signes physiques de la pneumonie étaient des mieux caractérisés : respiration soufflante, depuis l'épine de l'omoplate droite jusqu'à la base, avec quelques bulles de râle crépitant inférieurement, mais sans matité bien appréciable. L'interne de service lui prescrivit 0,50 de tartre stibié dans une potion.

Le lendemain, 7 août, à la visite du matin, l'état du malade n'avait pas beaucoup changé ; l'abattement était toujours très-marqué ; la peau chaude, 48 respirations, 92 pulsations assez faibles ; la matité était devenue très-évidente depuis la fosse sous-épineuse droite jusqu'en bas, et le souffle tubaire était très-intense. Comme le malade avait très-peu vomi et n'avait pas eu de garde-robes, M. Aran pensa que ce cas était favorable à l'emploi de la méthode de Rasori, et il lui prescrivit une potion avec 1,50 de tartre stibié.

Cette potion ne produisit encore que peu de vomissements et pas de garde-robes ; en revanche le malade se plaignait beaucoup d'avoir été brûlé à la gorge par le liquide qu'on lui faisait prendre. Néanmoins, le 8 août, à la visite du matin, il était déjà mieux, sous le rapport de la dyspnée principalement ; le pouls, peu régulier, était descendu à 84 ou 88 pulsations par minute ; 38 respirations seulement, et pour la première fois on constata du râle crépitant assez abondant après la toux. (Traitement : tartre stibié 2 grammes en 8 pilules.)

Dans la soirée, une douleur assez vive, développée à la base de la poitrine à gauche et en arrière, c'est-à-dire du côté opposé à la pneumonie, nécessita l'application de quelques ventouses scarifiées. Quant aux pilules, contre toute attente et quoiqu'elles eussent été prises très-exactement, elles n'avaient déterminé ni vomissement ni garde-robes. Pour la première fois, le malade avait rendu quelques crachats visqueux teints de sang ; du reste, son état était peut-être un peu moins bon que la veille : 44 respirations ; langue un peu sèche ; soif vive ; la circulation seule restait en arrière, 84 pulsations ; les phénomènes stéthoscopiques comme la veille. La dose de tartre stibié fut portée à 2,50 pour 10 pilules.

Cette fois, les vomissements s'établirent à partir de la quatrième pilule et se reproduisirent encore après la neuvième. Mais aussi, dès le 9 au soir, l'amélioration était des plus évidentes ; et le 10, au matin, on constatait que le pouls était descendu à 72 pulsations ; 42 respirations ; expectoration d'une matière épaisse, blanchâtre ; le

murmure respiratoire reparaissait dans une partie du poumon droit ; très-peu de souffle et de râle crépitant, dans les inspirations ordinaires ; râle crépitant très-abondant après la toux. (Tartre stibié 1,50 pour 6 pilules.)

Cette fois encore, intolérance pour les pilules ; à partir de la deuxième, vomissements qui l'ont beaucoup tracassé. L'amélioration se consolide. Le 11 au matin, 72 à 76 pulsations, 32 respirations ; râle crépitant humide un peu gros, à la base, surtout après la toux ; la sonorité est rétablie dans le côté malade. L'appétit se fait sentir. (Tartre stibié, 0,75 pour 3 pilules ; bouillons, vin de Bordeaux.)

L'intolérance augmente pour le tartre stibié ; énormes efforts de vomissement et vomissements très-abondants ; tortillements dans le ventre ; le malade se refuse à continuer le traitement, qui d'ailleurs est devenu tout à fait inutile, en présence de la résolution parfaite de la phlegmasie pulmonaire. L'auscultation ne saisit plus une trace de râle dans la poitrine ; 72 pulsations. (2 pilules d'opium, vin de Bordeaux, bouillons.)

L'amélioration se consolide de jour en jour ; le malade mange une portion d'aliments le 14, et il est parfaitement guéri le 16 août, dix jours après son entrée à l'hôpital.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bubon (*Traitement du*) *par les applications topiques de teinture d'iode.* Résoudre l'engorgement ganglionnaire, faire résorber le pus dans le foyer ramolli sans recourir à une ouverture quelconque, tel est le but vraiment utile que s'est proposé M. Sirus Pirondy dans le traitement qu'il recommande contre le bubon. Ce traitement, extrêmement simple d'ailleurs, consiste dans l'application sur la peau, préalablement dépouillée de son épiderme par un vésicatoire, de plumasseaux de charpie trempés dans de la teinture d'iode étendue d'eau, dans des proportions variables suivant le degré de sensibilité du malade, et à renouveler le pansement deux ou trois fois par jour. Cette méthode se rapproche, comme on voit, par certains points de la méthode de M. Malapert, à cela près que ce dernier se proposait, par les applications de sublimé sur le derme, de donner issue au pus, tandis que M. Pirondy cherche, au contraire, à obtenir la résorption de ce liquide. Sous l'influence des applications iodiques, il se produit deux phénomènes distincts : l'un extérieur, consistant en un tannage de la peau, qui est rendue par là même moins susceptible de s'ulcérer, et l'autre intérieur, qui est la résorption du liquide purulent. Seize observations, rapportées par ce médecin, témoignent en faveur de ce traitement, et dans cinq cas seulement, l'ouverture spontanée n'a pu être évitée ; encore l'inconvénient de l'ouverture est-il pallié par un rapide travail de cicatrisation, dû à la diminution du décollement et au raffermissement des couches tégumentaires. Quoi qu'il en soit, dans cette deuxième catégorie, la durée a été naturellement bien plus longue, tandis que, dans la première, la résolution n'avait réclamé en moyenne que vingt trois jours ; dans la deuxième, la durée a été presque doublée, quarante jours environ. Dans une troisième catégorie, M. Pirondy a fait publier, comme point de comparaison, six observations d'adénites simples, guéries soit par résolution, soit après

l'ouverture spontanée ; la lenteur de la guérison contraste avec les résultats obtenus dans la deuxième catégorie principalement.

Pour donner à nos lecteurs une idée exacte du traitement adopté par M. Pirondy, nous rapporterons brièvement la première observation, relative à un voiturier, âgé de vingt-cinq ans : vingt jours après l'apparition de plusieurs chancres sur la couronne du gland, il fut pris d'un bubon à l'aine du côté gauche et entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 17 octobre, avec une tumeur à l'aine du volume d'un œuf de poule, très-ramollie au centre, avec rougeur et tension de la peau sus-jacente. (Salsepareille, une pilule de Dupuytren, large vésicatoire sur le bubon, en dépassant les bords.) Dès le lendemain, on applique sur la surface dénudée un gâteau de charpie imbibé d'un mélange d'environ une partie de teinture d'iode pour deux parties d'eau. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour, et, en outre de la charpie imbibée, on passe préalablement une couche du mélange sur le derme, à l'aide d'un pinceau en blaireau. Le 24 octobre, on applique un nouveau vésicatoire; deux pilules de Dupuytren. La fluctuation est manifeste au centre de la tumeur, qui a diminué de tension et de volume ; les téguments ne sont pas amincis. Les jours suivants, on continue à sentir la fluctuation, bien que la surface du vésicatoire se soit recouverte, sous l'influence de la teinture d'iode, d'une couche parcheminée épaisse. Le 9 novembre, la fluctuation est devenue graduellement plus obscure et a fini par disparaître ; le volume de la tumeur est moitié moindre, elle n'est plus douloureuse ; toute la masse est compacte et offre une dureté qui indique la concrétion et la résorption partielle du pus. (Teinture d'iode le matin, cataplasmes vinaigrés le soir.) Le 20 novembre, l'engorgement est réduit au volume d'une noisette. On continue l'application des cataplasmes, et le malade, qui aurait pu sortir depuis longtemps, sans le désir de compléter son traitement général, ne porte plus aucune trace de la maladie lorsqu'il sort, le 5 décembre. — Nous n'ajouterons qu'un mot, mais cette addition est très-importante pour ceux de nos confrères qui voudraient employer le traitement de M. Pirondy, c'est que rien n'est plus douloureux que les applications de teinture d'iode sur des surfaces dénudées. Nous avons vu des malades être pris de douleurs atroces et presque de convulsions pour quelques gouttes de teinture d'iode répandues sur une surface dénudée. Il est donc bien important de ne pas aller trop loin en commençant, et surtout de consulter la sensibilité des malades. (*Revue thérap. du Midi*, août et septembre.)

Calcul *de la vessie extrait sans opération sanglante.* A une époque où la lithotritie n'existait pas avec ses procédés et ses instruments perfectionnés, nous comprenons sans peine que les praticiens aient été à la recherche de méthodes propres à éviter des opérations sanglantes aux malades calculeux ; car il ne s'agissait rien moins que de la taille, opération redoutable et cruelle, dont la mort était trop souvent la conséquence, chez la femme surtout, dans laquelle il existe une voie assez courte et assez directe pour pénétrer dans la vessie, le canal de l'urètre lui-même ; il n'est donc pas étonnant qu'on ait cherché, avant l'invention de la lithotritie, à extraire les calculs du sac vésical sans opération. Quoi de plus simple, en effet, que de dilater le conduit pour aller saisir ensuite la pierre et la porter au dehors! Malheureusement l'expérience n'a pas tardé à montrer que toutes les fois que cette dilatation était portée fort loin, il en résultait une incontinence d'urine trop souvent incurable. Il n'y a donc pas d'hésitation possible aujourd'hui : toutes les fois que chez la femme un calcul vésical est trop volumineux pour être extrait sans dilatation préalable, et surtout sans dilatation portée un peu loin, il vaut mieux briser le calcul et l'extraire par petits fragments. Ce sage précepte a été développé ces jours derniers à l'Académie de Médecine par M. le professeur Velpeau, au sujet d'un fait de calcul de la grosseur d'un œuf de poule formé autour d'un porte-plume, chez une jeune fille qui s'était introduit cet instrument dans la vessie, calcul qui a été extrait par M. Passaquay, en dilatant avec un *speculum ani* le canal de l'urètre, et en tirant sur le calcul avec une ligature placée sur la tige métallique. Le canal, de plus en plus dilaté, permit peu à peu l'engagement du calcul, qui fut définitivement extrait, onze jours après la première tentative, et sans que le canal eût eu à souffrir de déchirure notable. N'eût-il pas été plus facile et plus court de briser le calcul en frag-

ments, dont l'extraction eût occasionné beaucoup moins de difficultés et d'embarras?.. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, sept.)

Cataracte (*Heureux effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la) par abaissement.* Une réaction très-utile et très-juste à notre avis s'opère en ce moment contre les objections qui ont été élevées relativement à l'emploi de la glace, soit comme moyen résolutif, soit comme moyen préventif dans les maladies médicales et chirurgicales. Voici venir M. Magne qui, dans un travail présenté à l'Académie des sciences, a cherché à démontrer : 1° que la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive ; 2° que la glace en pareil cas contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications jusqu'ici employées ; 3° que la glace, en s'opposant aux suites inflammatoires, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de son œil. Avant lui, du reste, M. Baudens, M. Guersant et M. Chassaignac avaient eux aussi employé la glace à la suite des opérations de cataracte. Mais ce qui appartient à M. Magne, c'est le mode d'emploi de la glace ; il imbibe d'abord d'eau glacée la compresse et la partie du bandeau qui se trouve sur l'œil, puis il la recouvre, à l'exemple de MM. Chassaignac et Guersant, d'un sac de baudruche renfermant un morceau de glace plat et de dimension d'un œuf de pigeon ; le sac est renouvelé dès que le morceau de glace n'est pas plus gros qu'une noisette, et la glace continuée ainsi pendant trois fois vingt-quatre heures au moins. Quant aux résultats, on ne peut contester qu'ils soient véritablement satisfaisants : vingt-cinq fois, sur 29 opérations, les phénomènes inflammatoires ont complétement manqué ; sur 19 opérations, l'auteur compte 14 succès complets, 4 demi-succès et un insuccès. Mais ce qui est vraiment remarquable, c'est que plusieurs des malades ont pu, grâce à l'absence de tout phénomène inflammatoire, faire usage de leur œil au douzième, quinzième, dix-septième jour, à une époque où ordinairement, dans ce genre d'opération, les suites de l'inflammation sont bien loin d'être éteintes. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, août.)

Choléra (*Bons effets de l'abstinence absolue de boissons dans le*). Un médecin de Nuremberg a consigné dans un journal allemand une remarque dont nous avons eu si souvent l'occasion de vérifier l'exactitude, que nous n'hésitons pas à la recommander à l'attention de nos lecteurs. Elle est relative aux bons effets que l'on retire de l'abstinence absolue des boissons dans le choléra. C'est là une chose très-difficile à obtenir des malades et des personnes qui les entourent, car une soif ardente torture ordinairement les malheureux cholériques, mais il n'en est pas moins vrai que les boissons même froides, même à la glace, ajoutent certainement aux souffrances des malades, en fournissant de nouveaux éléments aux vomissements, qui forment l'un des symptômes les plus fatigants et les plus cruels de la maladie cholérique. Dans l'épidémie qui vient de frapper Nuremberg, M. Stadelmann n'a employé aucun traitement actif : les malades ont été mis à l'abstinence de boissons, et quelques morceaux de glace seulement leur ont été permis pour tromper la soif ; tout au plus s'il leur a fait administrer, pour calmer l'agitation, de petits lavements opiacés, et dans le cas où les symptômes étaient trop rebelles, un vésicatoire a été appliqué à l'hypogastre. Or, sur cent vingt malades qu'il a eu à traiter, ce médecin n'en a perdu qu'un seul, un enfant de neuf semaines. Des résultats aussi favorables ne peuvent certainement s'expliquer que par une bénignité bien marquée des cas avec lesquels notre confrère a été en rapport, et nous nous garderions bien de promettre un succès pareil à ceux qui voudraient l'imiter ; mais nous n'en maintenons pas moins l'exactitude du précepte donné par M. Stedelmann : retrancher les boissons et se borner à quelques morceaux de glace pour tromper la soif. Nous avons vu nombre de malades chez lesquels les accidents étaient en grande partie conjurés, et chez lesquels des boissons données en abondance ont rappelé les vomissements et plongé les malades dans un état extrême grave. Nous étions encore, ces jours derniers, témoin d'un fait semblable dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine. Les vomissements s'étaient arrêtés et la réacton s'était établie, lorsque, à la visite du matin, le malade fut trouvé

vomissant à flots et déjà en grande voie de se refroidir. On apprit que la sœur, cédant aux obsessions du malade, qui demandait continuellement à boire, avait remplacé la glace par un pot de thé au rhum. Quelques instants après l'ingestion de la tisane, les vomissements, suspendus depuis près de vingt-quatre heures, reparaissaient avec une effroyable intensité. L'abstinence de boissons n'a pas tardé à faire rentrer tout dans l'ordre. (*Deutsche klinik.*)

Craniotôme (*Nouveau modèle de*). M. Charrière fils vient de présenter à l'Académie un nouveau craniotôme fabriqué pour M. le docteur Hippolyte Blot et qui permet la suppression de la gaîne appliquée aux ciseaux de Smelie. Cet instrument se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre, de telle sorte que l'instrument étant fermé, le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche et réciproquement. Chaque face de la lame porte à son sommet A une arête qui, lorsque l'instrument est fermé, forme avec le sommet de la lame une pointe quadrangulaire. Cette indication a été donnée par M. le docteur Marchand, de Charenton. Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans et le ressort C les empêche de se porter en dehors. Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule D, l'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus. Les deux branches sont articulées par le tenon B. (*Compte rendu de l'Acad. de médecine*, septembre.)

Douches utérines (*Nouveaux faits d'accouchements prématurés artificiels obtenus à l'aide des*). Depuis que nous avons appelé l'attention sur la première application qui venait d'être faite à Paris de la méthode du professeur Kiwisch pour provoquer l'accouchement prématuré, les nouveaux cas qui ont été publiés tant en France qu'à l'étranger n'ont fait que confirmer l'exactitude des conclusions du savant professeur de Wurtzbourg, conclusions que nous croyons devoir rappeler ici, parce qu'elles nous paraissent résumer d'une manière très-exacte les effets que l'on peut attendre de cette nouvelle méthode : « 1° La douche utérine, dit M. Kiwisch, prépare l'accouchement prématuré avec le plus de ménagements possibles, au moyen du ramollissement et de la dilatation du segment inférieur de l'utérus ; l'abaissement normal de l'utérus a lieu en conséquence ; 2° avec ce moyen, tout traitement préparatoire est superflu ; 3° ce procédé est très-facile à employer et nullement désagréable aux femmes enceintes, puisque l'injection d'eau chaude ne produit aucun malaise ; 4° il ne prend pas beaucoup de temps, puisque chaque application ne dure que quelques minutes et que, dans un cas, cinq ou six douches suffirent chez une personne qui paraissait devoir être rebelle à leur action ; 5° ce procédé est susceptible d'une graduelle élévation de puissance, attendu que l'on peut se servir d'eau plus chaude ou bien prolonger chaque séance, ou encore rapprocher les douches, si bien que la durée de tout le procédé est laissée à la volonté de l'accoucheur ; 6° il ne peut jamais occasionner de lésion aux voies génitales ni aux membranes de l'œuf ; il ne peut exercer aucune influence préjudiciable au produit de la conception ; de plus, ce moyen imite la nature principalement en ceci, qu'il hâte la préparation des voies génitales en y faisant affluer une plus grande abondance des liquides. » A ces six conclusions, M. Bouchacourt, qui vient de devoir un succès de plus à cette méthode, propose d'ajouter la suivante : 7° que dans certains cas de cicatrice vicieuse, de déplacement du col, qui rendent fort difficile, impossible même la détermination exacte de sa position et du point précis où il faut arriver pour l'introduction de l'éponge ou de la sonde, l'emploi des douches utérines est le seul moyen efficace et inoffensif sur lequel on puisse compter pour produire l'accouchement prématuré.

Dans le nouveau fait que publie M. Bouchacourt et qui vient s'ajouter à ceux de M. le professeur Paul Dubois, de MM. Blot, Aubinais, etc., il est question d'une dame de dix-huit ans, affectée d'un rétrécissement du bassin portant sur le détroit supérieur, dont le diamètre antéro-postérieur était réduit à 8 centimètres et quelques millimètres. Quatre accouchements antérieurs avaient été des plus laborieux et n'avaient pu être terminés que par le forceps ou par le crochet, et deux enfants seulement étaient venus vivants. La malade étant enceinte pour la cinquième fois, et les dimensions du bassin paraissant insuffisantes pour un travail à terme, l'accouchement prématuré fut décidé, et le 3 août, la grossesse approchant du huitième mois, deux litres d'eau à 30° furent dirigés sous forme de douche à jet unique, pendant six minutes, au moyen d'un appareil Eguisier, à travers le vagin, sur le segment inférieur de l'utérus, au pourtour du col. Deuxième douche, six heures après et bain de siége à 28°, une heure après la douche. Le 4 août, trois douches à neuf heures du matin, à trois heures et demie avec quatre litres d'eau à 33°, durant quinze minutes, à neuf heures du soir, vingt minutes et cinq litres d'eau à 40°. Durcissement du ventre, deux heures après la deuxième douche et deux contractions douloureuses une heure après la troisième, ainsi que des douleurs lombaires assez vives pendant la nuit. Le 5, trois douches également, dont deux avec six litres à 40° et vingt-cinq minutes de durée. Quelques contractions et durcissement du ventre. Commencement de dilatation du col. Le 6, trois douches également; les douleurs se rapprochent. Continuation des trois douches les 7 et 8 août. A partir du 7, le col est dilaté de 0,15 ; mais les douleurs sont rares et la dilatation lente. M. Bouchacourt administre le 9 trois prises de 0,50 de seigle ergoté, à deux heures d'intervalle. Quelques douleurs, mais peu durables. Quatre prises semblables le 10; le col s'efface, dilaté à un franc; membranes bombant dans les douleurs. Dans la nuit, la malade perd de l'eau. Enfin, le 11, à six heures du soir, après de nouvelles prises d'ergot, les douleurs énergiques s'établissent, la dilatation se complète. Enfin, la délivrance a lieu à dix heures du soir. L'enfant était vivant et l'accouchement n'a eu aucune suite fâcheuse.

Ainsi que le fait remarquer M. Bouchacourt, malgré ces succès nombreux, il reste encore plusieurs points à déterminer d'une manière précise. Aussi l'eau tiède est-elle préférable à l'eau froide, cette dernière agit-elle mieux à une très-basse température et quelles seraient les limites avantageuses du refroidissement? Le jet doit-il être très-fin, longtemps continué ? Faut-il le diriger exclusivement sur le col, tâcher de le faire pénétrer dans l'orifice et de décoller les membranes par infiltration successive, comme l'avait conseillé Schweighenser? Ne pourrait-on pas rapprocher du mode d'action de la douche simple celle du tampon de charpie ou d'éponge qui presse sur le col, le ramollir par le contact de l'humidité dont il se pénètre? N'y aurait-il pas du danger à trop augmenter la force du jet de l'injection et jusqu'à quelles limites peut-on s'élever sans inconvénients? Les indications elles-mêmes ne sont pas encore parfaitement déterminées. Cette méthode est-elle applicable à tous les cas où l'on veut provoquer l'accouchement prématuré, à supposer qu'elle reste la meilleure et la plus sûre? Convient elle, par exemple, s'il y a implantation du placenta sur le col, hémorrhagie? Est-elle applicable dans les cas de convulsions où il importe d'agir vite? Ne pourrait-on pas, d'un autre côté, étendre son application aux accouchements qui se prolongent par rigidité du col (cicatrices, indurations, etc.), alors même que le travail est bien commencé? Verrait-on du danger à y revenir dans les cas d'enchatonnement du placenta et dans plusieurs autres formes de délivrance compliquée?... (*Gaz. méd. de Lyon*, septembre.)

Gale (*Traitement rapide de la*) *par le chlorure de soufre*. Nul doute que le traitement de la gale ait fait de grands progrès depuis quelques années. Quelle différence entre ces traitements interminables et le traitement actuellement suivi, par exemple, à l'hôpital Saint-Louis, et que nous avons fait connaître il y a quelques années ! La *frotte*, car il faut bien lui donner son véritable nom ; la frotte a cependant ses inconvénients : d'abord elle compte d'assez nombreux insuccès ; ensuite elle exaspère, perpétue, ou les faisant passer à l'état chronique, les complications eczémateuses, ecthymateuses, prurigineuses de l'affection psorique. Tels ne seraient pas, à ce qu'il paraît, les inconvénients de la nouvelle méthode de traitement

proposée par MM. Dusard et Pillon, méthode qui consiste dans l'emploi du chlorure de soufre en dissolution dans le sulfure de carbone (12 grammes du premier dans 100 gram. du second). 100 grammes au plus de ce mélange suffisent pour un adulte, et la valeur vénale de cette dose ne dépasse pas 60 centimes. Rien de plus simple que ce traitement : on se place dans un lieu bien ventilé, en ayant la précaution d'en retirer tout objet de cuivre, dont le brillant se trouverait altéré par les vapeurs sulfureuses qui s'exhalent pendant l'opération. On place le malade complétement déshabillé sur un tabouret, pour qu'il soit plus élevé que l'opérateur ; on lui enveloppe la tête dans un vaste cornet de papier résistant et ouvert par en haut, pour lui épargner toute odeur désagréable, pour le soustraire aux vapeurs piquantes qui pourraient se produire. On passe légèrement sur la surface du corps un pinceau de blaireau ou de charpie, en n'omettant pas de notables surfaces, en insistant sur celles bien connues qu'habite de préférence l'acarus. Et tout se borne à ce procédé si simple, dont l'emploi peut être abandonné au premier venu. Le badigeon terminé, le malade ressent une chaleur générale sans cuisson douloureuse ; il est guéri ; le traitement, à proprement parler, n'a pas duré plus de cinq minutes. MM. Dusard et Pillon ont traité ainsi seize malades ; aucun n'a eu de récidive, bien que la moitié au moins des guérisons ait de deux à trois mois de date. La disparition des démangeaisons est presque immédiate, et si elles reviennent quelquefois, au bout de cinq ou six jours, c'est qu'elles tiennent aux affections prurigineuses qui ont persisté. C'est seulement après trente-six heures que les auteurs prescrivent un bain simple, recommandant de s'abstenir jusque-là d'ablutions du cou ou des mains, puis ils font prendre un bain tous les deux jours, pendant une semaine. Les complications, lorsqu'il en existe, ne s'éteignent et ne disparaissent en général que vers la fin de la deuxième semaine, sous l'influence des bains alcalins ou gélatineux amidonnés. Dans quelques cas, où les complications tiennent la plus grande place, il vaut même mieux calmer d'abord l'état aigu par des moyens appropriés avant d'en venir au badigeon. En résumé, le traitement de MM. Dusard et Pillon l'emporte sur le traitement suivi en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, en ce qu'il évite aux malades les frictions rudes qui avaient pour but de déchirer les sillons, et il substitue à des frictions un peu prolongées un seul badigeon de cinq minutes avec une substance dont l'odeur n'est pas à la vérité très-agréable, mais qui n'est pas beaucoup plus difficile à supporter que celle des préparations sulfurées en général. Nous ajouterons que des renseignements pris sur les lieux nous ont convaincu de l'exactitude des faits annoncés par les auteurs de ce traitement. (*Union méd.*, septembre.)

Hémorrhoïdes (*Emploi du piment dans le traitement des*). C'est sur la foi d'un rapport académique et de quelques expériences tentées par les membres de la Commission des remèdes secrets, que nous croyons devoir donner de la publicité à l'emploi du piment contre les hémorrhoïdes, bien que cette application du piment appartienne à un homme étranger à la médecine, M. Allègre. C'est après avoir observé, dans le cours de ses voyages, l'extrême rareté des hémorrhoïdes au sein des populations qui font un usage fréquent du *capricum* que M. Allègre a eu l'idée de faire servir le *capsicum annuum* à la curation de cette douloureuse affection. Il résulte du rapport de M. Robinet, que, dans le cas d'hémorrhoïdes passagères, l'administration du piment a procuré, dès le deuxième jour, un soulagement notable ; la douleur a disparu peu à peu, et la tumeur s'est flétrie progressivement ; quelques jours ont suffi pour amener une guérison complète Dans le cas d'hémorrhoïdes anciennes constitutionnelles, offrant des symptômes d'irritation et d'étranglement, avec douleur atroce, gonflement énorme avec ou sans hémorrhagie, l'emploi du piment a suffi pour modifier au bout de peu de jours l'état du malade, et pour rendre assez promptement les tumeurs hémorrhoïdales flasques et indolentes. Les progrès de la guérison ont été d'une lenteur extrême dans les cas de marisques (hémorrhoïdes durcies) datant de quinze, vingt ou vingt-cinq ans. Les expériences de la Commission l'ont donc conduit à penser que le piment possède de véritables avantages contre les hémorrhoïdes récentes ou contre ces tumeurs à l'état d'exacerbation. On l'administre sous forme de pilules ou en poudre, à la dose de 0 gr. 75 à 1 ou 2 gr. par jour, ou bien en extrait aqueux

à la dose de 0 gr. 60 à 0 gr. 80, moitié le matin, moitié le soir. La Commission, avant de proposer pour ce médicament l'application des décrets relatifs aux remèdes nouveaux, a invité les praticiens à expérimenter le piment comme moyen de traitement des hémorrhoïdes, et à faire connaître à l'Académie le résultat de leurs essais. Nous nous joignons au rapporteur pour engager nos confrères à répéter ces expériences, qui ne présentent d'ailleurs aucun danger. (*Compte rendu de l'Académie de médecine.* Septembre.)

Vertige épileptique (*Effets remarquables de cyanure de fer sur le*). Le fait suivant est remarquable en ce que le cyanure de fer, malgré son influence heureuse sur la marche de la maladie, qu'il a véritablement arrêtée, n'est pas parvenu à en éteindre complétement le germe dans l'économie. Tel qu'il est, ce fait n'en est pas moins digne d'attention, le cyanure de fer et les cyanures en général n'étant certainement pas employés de nos jours autant qu'ils pourraient l'être. Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, après une vie assez agitée et des revers de fortune, avait été pris, depuis dix-huit mois, d'accidents consistant en une chute par terre, avec ou sans perte de connaissance, revenant à des intervalles très-variables, des jours, des semaines, mais dont la fréquence avait augmenté depuis un mois et demi. Déjà on avait employé les saignées générales et locales, les purgatifs; un vésicatoire à la nuque entretenu pendant trois mois avait seul produit de l'amélioration. M. Rouhier lui prescrivit tantôt quelques cuillerées de vin de quinquina, tantôt de l'eau de Vichy aux repas, et le mit à l'usage du cyanure de fer en pilules (d'abord 0 gr. 20 par jour, puis 0 gr. 30, en augmentant ainsi de 0 gr. 10, jusqu'à 0 gr. 80 par jour, et en redescendant graduellement jusqu'à 0 gr. 40). Trois mois se passèrent ainsi, durant lesquels le malade ne vit pas revenir un seul accès. Le traitement fut suspendu pendant quinze jours, puis suivi de nouveau pendant deux mois, à la dose de 0 gr. 40, interrompu et repris de nouveau. Pendant trois années, le malade continua le cyanure avec quelques interruptions de temps en temps; au bout de ce terme, il cessa son traitement. Huit mois s'écoulèrent sans accidents, mais tout à coup apparurent quelques étourdissements précurseurs de leur retour. M. Rouhier le remit à l'usage du cyanure de fer : les résultats furent aussi satisfaisants que par le passé. Il y a lieu de se demander cependant si cette immunité aura une durée plus grande que celle du traitement. (*Union Méd.*, septembre.)

Kyste hydatique intra-thoracique, — Réclamation. — Lettre de M. Vigla.

Monsieur le rédacteur,

Veuillez donner la publicité de votre estimable recueil aux réflexions suivantes, écrites en réponse à vos « Remarques sur un kyste hydatique intra-thoracique, guéri par la ponction suivie d'une injection iodée. » (*Bull.* du 30 août 1855.)

D'abord, je réclame contre le ton quelque peu solennel et lugubre de votre préambule. Vous dites : « Il n'entre pas dans nos habitudes de discuter des questions de pathologie pure; mais lorsque de la solution de pareilles questions peut sortir une conséquence thérapeutique, lorsque le côté pathologique d'un fait peut conduire à considérer, comme parfaitement jugé en thérapeutique, un point auquel ce fait ne s'applique pas d'une manière certaine, il nous est impossible de garder le silence. »

Dites-moi, je vous prie, où serait le danger, si quelque praticien moins exigeant que vous allait, sous le bénéfice d'une erreur de diagnostic, guérir un kyste hydatique du foie, croyant avoir eu affaire à un kyste intra-thoracique? Dans les questions de cette nature, le doute scientifique sera longtemps encore, je le crains, de rigueur; mais heureusement la conduite du médecin n'en sera pas toujours embarrassée, et avec les précautions prises par mon collègue, M. Monod et moi, on aura satisfait au précepte : *Primo non nocere*. Voulez-

vous dire que ce qui a été utile pour un kyste du foie serait nuisible pour un kyste intra-thoracique? Mais réfléchissez que la condition enkystée du produit généralise singulièrement l'indication du procédé opératoire, quel que soit l'organe affecté; et d'ailleurs, le résultat des injections iodées, récemment faites dans la plèvre, loin d'être une contre-indication, serait un encouragement à une initiative pareille, si tant est que cela n'ait point été de ma part une application. Je comprends d'autant moins cette sortie de la part du rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, que la partie est plus belle pour cette branche de la médecine dont il fait l'objet spécial de ses études. En effet, un point non-contestable, c'est que le malade abandonné à lui-même était condamné à une mort prompte et certaine. Il a guéri par l'intervention de l'art, second point qui n'est pas plus sujet à discussion que le premier. De quoi a-t-il guéri? Le doute commence avec l'intervention scientifique : le beau rôle n'est-il pas pour l'art? Ceci me rappelle une facétie d'un honorable académicien (de l'Académie de médecine) chez lequel le maintien grave et la prononciation presque austère contrastent souvent d'une manière heureuse avec la finesse et l'atticisme du langage. Pressé par deux confrères, j'en étais un, d'agir contre une amygdalite dont il souffrait et que chacun de nous voulait traiter d'une manière différente, il se décida pour l'expectation, en nous jetant cette épigramme inspirée par un aphorisme d'Hippocrate, travesti pour la circonstance : « Je sais, nous dit-il, que la science est longue, mais je crois que l'art est court. » S'il se reconnaît en lisant ces lignes, il m'accordera que dans cette circonstance, qui n'est peut-être pas si exceptionnelle qu'on le pense, l'art a été plus long que la science.

Mais j'aborde la partie fondamentale de la controverse. Ce que j'ai regardé comme un kyste intra-thoracique est, selon vous, un kyste hydatique de la face convexe du foie. C'est une seconde édition de l'objection présentée par M. Dechambre, mais considérablement augmentée. Ce que ce dernier observateur ne signalait, en effet, qu'avec une extrême réserve, vous le donnez comme un fait qui, après votre argumentation, ne doit laisser de doutes dans l'esprit de personne. Vous dites : « Ainsi dégagé de ce qu'il avait d'extraordinaire et presque de surnaturel, le fait de M. Vigla n'eu reste pas moins très-intéressant, comme exemple du développement énorme que peuvent acquérir les kystes hydatiques du foie, des difficultés que leur diagnostic peut présenter... » Qu'entendez-vous par extraordinaire et surnaturel? Le développement d'un semblable kyste dans la cavité thoracique? Eh! mon cher confrère, quelques jours de patience et la lecture du prochain numéro des Archives de médecine vous édifieront complétement sur la réalité du phénomène, en vous faisant connaître six cas non moins remarquables que celui présenté par moi et sur le siége desquels l'autopsie ne peut laisser de doutes à l'observateur le plus sévère. Et je n'ai pu trouver que trois cas, que je publie à la suite des précédents, de kystes hydatiques de la face convexe du foie développés du côté de la poitrine. A ne considérer que le chiffre de fréquence, les probabilités, vous le voyez, seraient encore pour un kyste intra-thoracique.

J'arrive maintenant à l'examen des motifs sur lesquels vous vous fondez pour admettre irrévocablement l'existence d'un kyste de la face convexe du foie.

1° « Comment le malade n'a-t-il présenté ni toux ni expectoration? » J'ai dit, peu ou point de toux; peut-être ce symptôme a-t-il été plus fréquent que ne l'indique mon compte rendu; car dans la note que j'ai rédigée plus d'un an après la guérison du malade, je lis : « Il tousse un peu, mais il ne se rappelle pas qu'il

en ait jamais été autrement. » (Archiv., numéro de septembre, p. 294.) Mais cela n'importe guère; le fait qui ressort du dépouillement des six observations mentionnées plus haut, c'est que la toux, quand elle a été notée, a été un phénomène très-secondaire, nullement en rapport avec la gravité du mal. J'ajoute aussi qu'elle peut exister dans les cas de kystes de la partie convexe du foie, où, par contre, manquent les symptômes propres à une altération fonctionnelle de la sécrétion ou de l'excrétion biliaire. Ceci est bien moins contraire aux idées reçues en pathologie qu'on se l'imaginerait au premier abord, si l'on tient compte de kyste qui isole complétement l'entozoaire de l'organe dans lequel il séjourne.

2° « Comment surtout la voussure n'existait-elle qu'en avant? Comment encore la matité existait-elle en avant, à partir de la deuxième côte, et en arrière, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate seulement? Comment descendait-elle jusqu'à l'ombilic? Comment, enfin, la respiration était-elle abolie en avant, tandis qu'on l'entendait en arrière, presque jusqu'en bas? Cette dernière circonstance est tout à fait en désaccord avec l'existence d'un kyste intra-thoracique, qui se fût développé certainement dans tous les sens, refoulant et affaissant le poumon qui ne pouvait lui résister, au lieu de refouler le médiastin et de repousser le cœur vers l'aisselle gauche? Tout s'explique, au contraire, dans l'hypothèse d'un kyste hydatique de la face convexe du foie, situé en avant et un peu à gauche, qui s'est développé de bas en haut et de droite à gauche, en repoussant le diaphragme, une partie du poumon et le cœur. »

Toutes ces objections se réduisent à une tirée du mode présumé de développement du kyste et des déplacements subis par les organes voisins. Or, moi aussi, j'ai fait connaître le principe qui m'a servi à expliquer ces anomalies de situation. J'ai dit : « Une semblable disposition ne me paraissait devoir se concilier qu'avec le développement d'un produit morbide organisé, ayant une existence en quelque sorte indépendante, refoulant ou s'assimilant tous les tissus qu'il trouvait dans son voisinage. »

Avant l'opération, la pensée d'un kyste du foie ne m'était pas venue à l'esprit. Elle a été le résultat des recherches et de l'examen rétrospectif dont ce fait a été pour moi le point de départ. Et pour vous démontrer que je m'étais fait cette objection avant qu'elle fût présentée par M. Dechambre et par vous, il vous suffira de savoir que l'épreuve du numéro des Archives où elle est consignée était chez moi le jour même de ma lecture à l'Académie, et n'a subi aucune addition. Je me suis donc demandé si je n'avais pas ainsi ponctionné un kyste du foie, et je me suis répondu par la négative, me fondant d'abord sur ce que je persiste à appeler les symptômes positifs, directs d'une tumeur thoracique; ensuite, ce qui aujourd'hui a pour moi moins de valeur, sur les caractères négatifs d'une affection du foie; enfin surtout, sur les suites de l'opération.

J'appelle très-sérieusement votre attention sur la déformation si remarquable du thorax de R..., qui a été l'une des circonstances décisives de mon diagnostic, et qui pourrait bien, si je ne me trompe, devenir un jour un signe positif de la maladie. Ce détail a été l'objet d'une étude minutieuse pour M. Woillez, qui a conclu comme moi, qu'une semblable altération devrait dépendre d'une affection siégeant à l'intérieur de la poitrine.

« La saillie antérieure (c'est M. Woillez qui parle), avec son maximum de relief au niveau du mamelon droit, et sans écartement de la région externe de ce côté, fait immédiatement rejeter l'existence d'une déformation due à un épanchement pleurétique ou bien à une affection du foie qu'aurait développée cet organe. En pareil cas, en effet, la saillie aurait été plus marquée au-dessous

du mamelon et surtout en dehors. Il faut donc admettre une affection formant tumeur et siégeant à la partie antérieure du poumon droit. » (Archiv., *loc. cit.*, p. 292). Cette saillie persistait encore plus d'un an après la guérison du malade, et occupait une région mate à la percussion, dernière trace du kyste, alors que le foie avait ses dimensions normales et ne dépassait pas les fausses côtes. J'insiste aussi sur l'ascension immédiate du foie derrière les fausses côtes, et le retour presque complet des organes thoraciques à leur place normale, immédiatement après l'opération : ce qui s'explique bien mieux par les modifications que peut subir un kyste libre dans une cavité, comparées à celles qu'on peut attendre d'un kyste placé dans un organe parenchymateux, résistant, ou seulement annexé à celui-ci. — Ajoutez que dans l'hypothèse d'un kyste hépatique, il eût fallu traverser le péritoine et la plèvre, et vous savez la facilité et le danger de l'épanchement du liquide hydatique dans les membranes séreuses; or, à la suite de l'opération il y a eu une légère complication de pleurésie, effet probable de voisinage, facilement enrayée par l'application d'un vésicatoire, mais il n'y a rien eu du côté du péritoine.

Au résumé : 1° les kystes hydatiques peuvent se développer dans l'intérieur du thorax : notre Mémoire en contient six exemples constatés par l'autopsie, et ayant avec le fait produit par nous les analogies, je dirai même la ressemblance, les plus frappantes.

2° Les kystes de la partie convexe du foie peuvent se développer du côté de la poitrine, et ont assez de rapports séméiologiques avec les précédents pour que, jusqu'à ce jour, les uns et les autres aient été ordinairement pris pour des pleurésies chroniques. Je n'ai pu réunir que trois exemples de ces derniers, c'est, à-dire de ceux qui se développent du côté de la poitrine, et j'en conclus que les premiers n'ont rien de plus extraordinaire que les seconds, et surtout rien de presque surnaturel.

3° La nature hydatique du kyste ne peut faire l'objet d'un doute scientifique, ce qui n'a pas été contesté par M. Debout.

4° La probabilité du siége intra-thoracique me paraît établie par les considérations suivantes :

1° Réunion de symptômes et de phénomènes concordant à faire naître la conviction clinique de l'existence d'une maladie intra-thoracique, pour l'auteur de l'observation et différentes personnes appelées à examiner le malade, avant toute opération et en dehors de toute conception sur la nature de la maladie.

2° Déplacement fort insolite des organes contenus dans la poitrine, facile à expliquer par l'existence, et en quelque sorte la liberté de développement d'un produit doué d'une vie propre, placé dans une cavité dont les organes sont mobiles, faciles à comprimer, et avec lesquels le kyste n'a que des rapports de contiguïté, et non d'inclusion ou de continuité, comme dans l'hypothèse d'un kyste hépatique,

3° Déformation spéciale de la poitrine, non décrite jusqu'à ce jour, tout à fait conforme à l'idée que l'on peut se faire du développement d'une tumeur intra-thoracique, et pour ainsi dire exclusive de l'existence d'une tumeur hépatique.

4° Retour immédiat des organes à leur place normale, après la ponction du kyste; simplicité des suites de l'opération, sauf une; complication de pleurésie qui guérit en peu de jours; trace persistante d'un produit solide ou liquide derrière le mamelon droit et voussure de cette région plus d'un an après l'opération; à cette époque aussi, persistance d'un peu d'anhélation et de toux.

Agréez, etc. VIGLA.

Réponse.

Deux mots de réponse à M. Vigla. Notre savant confrère ne paraît pas avoir bien saisi la position que nous avons voulu prendre au sujet de l'intéressante observation qu'il a communiquée à l'Académie. Il s'agissait d'un fait annoncé *très-solennellement*, le mot est de M. Vigla, comme exemple d'un kyste hydatique intra-thoracique, traité et guéri par la ponction et l'injection iodée. Nous avons dû chercher à en préciser la valeur. La nature de la tumeur n'était pas douteuse. Nous n'avons exprimé de regrets et de doutes que relativement à son siége; — des regrets, que M. Vigla n'eût pas même indiqué la possibilité du développement de la tumeur dans le foie; — des doutes, car nous ne trouvions pas, dans les détails de l'observation communiquée par M. Vigla, de raisons suffisantes pour conclure à un kyste intra-thoracique, mais plutôt des arguments en faveur du siége de la tumeur dans l'organe hépatique.

M. Vigla prend condamnation sur le premier point; il nous combat sur le second : nous ne nous en plaignons pas; il est tout naturel que notre savant confrère veuille faire partager à tous la conviction qui l'anime. Mais qu'il nous permette cependant d'examiner la valeur des objections qu'il nous oppose. Il est un argument auquel il tient beaucoup, sur lequel il revient avec le plus de complaisance, c'est la déformation particulière du thorax, déformation au sujet de laquelle il s'est fait délivrer par M. Woillez un certificat en bonne et due forme, entièrement favorable à l'opinion qu'il défend. Eh bien! n'en déplaise à M. Woillez, nous ne pouvons pas voir dans cette *saillie antérieure* quelque chose de pathognomonique, et il ne suffit pas, en bonne logique, de dire qu'une hétéromorphie est excessivement rare pour conclure de sa rareté extrême à son origine pathologique. Ajoutons, pour en finir avec le certificat de M. Woillez, que cet honorable confrère n'a vu le malade que *vingt jours après l'opération*. Cet argument détruit, nous pourrions, à la rigueur, ne pas nous occuper des autres, que M. Vigla ne paraît véritablement avoir apportés que pour le besoin de la cause. Notre confrère nous parle des dangers entraînés par la perforation du péritoine et de la plèvre, comme si tout le monde ne savait pas que ces membranes peuvent être traversées sans danger, et le sont tous les jours avec le trocart, dans la paracentèse et la thoracentèse, de la facilité et des dangers de l'épanchement du liquide hydatique dans les membranes séreuses, comme si quelques gouttes d'un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche, tel que celui qui existe dans un kyste non enflammé, ont jamais pu donner lieu à des accidents graves...

Nous nous arrêtons : nous croyons avoir prouvé à M. Vigla que notre argumentation était plus solide et plus sérieuse que notre savant confrère ne paraît le croire. Maintenant le lecteur a les pièces sous les yeux, il jugera.

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — LIT HYDROSTATIQUE.

Au nombre des quelques mécaniques exposées par l'industrie anglaise, on voit un modèle de lit hydrostatique, sorte de matelas flottant employé dans les hôpitaux de Londres. Quant à ses usages spéciaux, nous ne saurions mieux faire que de placer sous les yeux de nos confrères la note suivante lue à l'Académie des sciences par M. le docteur Arnott, auquel on doit l'invention de ces appareils.

« C'est une opinion générale que le malaise qu'éprouvent les personnes long-

temps assises ou couchées, et qui les force à changer souvent de position ou posture, est principalement uno affection du genre nerveux, que l'on appelle fatigue ou ennui de rester immobile, et on croit que l'agitation et l'insomnie, que subissent fréquemment les malades alités et affaiblis, est de la même nature. Le fait est pourtant qu'une grande partie de ces souffrances est purement l'effet d'un empêchement mécanique de la circulation du sang dans les parties charnues les plus comprimées entre la masse du corps et le siége ou le lit qui le soutient; et on va voir quo eette souffranee, et la mort qui peut en être la suite, sont faciles à éviter par des dispositions méeaniques convenables.

« Le cœur agissant comme pompe foulante est l'instrument qui envoie à toutes les parties, par les tubes artériels, le sang chargé des substances nécessaires. La force d'une pompe à eau est mesurée par l'élévation à loquelle elle pousse l'eau, et des expériences ont démontré que le cœur maintient dans les artères une pression qui forait monter le sang à uno hauteur de 10 pieds dans un tuyau vertical ouvert, ayant communication avec uno grosso artère. Telle est done la foree qui, ehez une personne en santé, fait couler le sang dans les artères et à travers les innombrables vaisseaux capillaires des organes, surmontant les obstaclos qu'opposent à son passage les pressions extérieures et les frottements intérieurs auxquels les parties du eorps peuvent ètro exposées. Si, par l'effet d'une maladie, la force d'impulsion du cœur est diminuée, elle pourra devenir insuffisante pour entretenir la eirculotion dans les parties compriméos, et si dans ee eas la pression exereée sur une partie des téguments se prolonge audelà d'un eertain terme, il en pourra résulter destruction de la partio.

« Un cas singulièrement instructif et corroborant ces aperçus tomba sous l'observation de l'auteur, et fut l'occasion do la première expérienee faite avec un lit hydrostatique. Une jeune dame, après une couche difficile, eut une fièvre accompagnée de débilité musculaire très-extraordinaire. Elle pouvait à peine remuor un doigt et pas du tout le corps pour changer so position dans le lit; elle n'avait pos la force de faire entendre sa voix, et l'action du cœur était si faible, que le pouls se faisait à peine sentir. Pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, elle resta dans cet état sans sommeil, demandant toutes les dix ou quinze minutes à être retournéo dans son lit. A la fin, ayant passé une demi-heure sans faire la demande, les gardes espéraient qu'elle allait mieux; mais, au contraire, toutes les parties de la peau sur lesquelles elle avait pesé étaient mortifiées, savoir : sur l'os saerum, les épaules et les talons, et, peu de temps après, étant tournée sur les côtés, des escarres se formèrent aussi sur les deux trochanters. Plusieurs hommes de l'art qui la voyaient en consultation jugèrent alors que sa mort était certaine et prochaine. L'auteur, dans cette eirconstance, remarqua : 1° que la cause des gangrènes locales, bornées exaetement aux parties qui avaient souffert la pression, résidait, sans aucun doute, dans cette pression même; 2° que, si l'on avait placé la malade flottant dans un bain, les escarres n'auraient pas été produites; 3° qu'il était possible de construire un lit aussi sec qu'un lit peut l'être et aussi doux que le lit fluide du cygne qui repose sur la surface d'un lac.

« La résolution fut prise de poser la malade immédiatement dans les conditions décrites. On fit préparer une boîte comme une baignoire pour contenir de l'eau; on étendit sur la surfaee de la baignoire et de l'eau un large drap de toile de caoutehouc, on posa alors dessus une eouverturo pliée en quatre comme matelas, et un oreiller, et sur ce matelas, garni comme un lit ordinaire, on posa, enfin, la malade. Elle flottait là comme l'oiseau sur l'eau, sans pression aucune sen-

sible sur la surface intérieure de son corps. A l'instant elle dit : « Je suis au ciel, laissez-moi en repos. » Elle s'endormit et resta sans mouvement pendant près de cinq heures. A son réveil, elle prit de la nourriture; bref, elle fut sauvée. Les escarres se séparèrent par suppuration, et les plaies se cicatrisèrent.

« On aurait pu croire qu'un seul cas de cette nature, publiquement connu (et beaucoup de cas semblables se sont présentés depuis), eût causé l'adoption presque immédiate et générale du nouveau moyen de soulagement et de guérison ; mais l'introduction n'a été que graduelle. La connaissance imparfaite, dans le public et même chez quelques médecins, de la force limitée du cœur comme pompe foulante du sang, et, par conséquent, la connaissance imparfaite de la nature des ulcères de lit et de la longue souffrance qui les précède et qui souvent tue la personne avant que les escarres se déclarent, a été cause que l'on n'a pas espéré grand avantage d'un moyen mécanique aussi simple que le lit hydrostatique, et qu'on n'y a pas eu recours. En second lieu, la connaissance imparfaite de l'hydrostatique a permis à beaucoup de personnes de croire que les effets d'un sac d'air employé comme lit, ou d'un sac d'eau placé sur une paillasse, seraient les mêmes que ceux du lit hydrostatique sur lequel la personne flotte librement; et, leurs expériences n'ayant pas produit les résultats qu'elles en attendaient, elles n'ont pas poussé leurs recherches plus loin.

« Une personne couchée sur un sac d'air ou d'eau est soutenue, en réalité, sur une toile nue, tendue et dure, car le sac devient dur en proportion du poids placé dessus. Dans le lit hydrostatique, au contraire, la toile de caoutchouc n'aide pas du tout à soutenir le corps qui flotte, mais sert simplement à empêcher que le matelas ne se mouille. Le drap ou toile de caoutchouc est attaché aux bords de la boîte du lit pour qu'il reste toujours à sa place, mais étant deux ou trois fois plus large qu'il ne faudrait pour couvrir la boîte, il reste toujours en plis sur l'eau et sous le matelas. La ressemblance entre le sac d'eau et le lit hydrostatique a trompé beaucoup de personnes. Un sac d'eau, employé comme un sac d'air, n'est qu'un peu moins dur que le sac d'air. L'étoffe est tendue lorsque la personne se place dessus l'un comme dessus l'autre. Un sac d'eau pourtant, à moitié rempli et placé dans une boîte ou dans une cavité quelconque qui en confine les bords, est une des formes du véritable lit hydrostatique.

« Le lit hydrostatique, outre l'avantage d'être plus mou que tout autre lit, a les avantages suivants : une grande facilité de changer la position du malade, comme lorsqu'il s'agit de panser une plaie sur le dos; la facilité de placer un vase sous le corps; la facilité de maintenir la température désirée; la facilité, par l'épaisseur des parties du matelas ou des coussins, de donner au malade une position quelconque. »

Le nombre de cas de choléra admis dans les hôpitaux de Paris, pendant cette seconde quinzaine de septembre, a été toujours en diminuant. Nous en pouvons dire autant pour l'hôpital général de Strasbourg, que nous venons de visiter. De beaucoup des points envahis de la province, on nous signale un mouvement rétrograde bien marqué.

Le Conseil général de la Loire et celui de l'Ariége viennent de voter des fonds pour l'établissement d'un service médical gratuit.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'utilité du mouvement dans certaines maladies.

Par le docteur JOSEPH ROTTA, de Varallo (Sardaigne).

Comment ne pas s'étonner que les médecins s'en tiennent exclusivement à l'emploi si coûteux et si incertain des substances pharmaceutiques? Ne semble-t-il pas, à voir comment la médecine est généralement pratiquée, que toute la thérapeutique est dans la matière médicale? Et cependant où trouver des modificateurs plus puissants que ceux avec lesquels l'homme se trouve continuellement en contact, au milieu desquels il exerce toutes ses fonctions? Mais pour obtenir de ces modificateurs tout ce qu'il est en droit d'en attendre, il lui faut se mouvoir, et le mouvement lui-même, l'exercice de ses organes, la mise en jeu de ses fonctions ajoutent à l'activité de ces modificateurs hygiéniques, en multipliant leurs points de contact. Frappé de ces considérations depuis que j'exerce la médecine, j'ai adopté dans ma clientèle, sinon les pratiques, au moins les principes de cette doctrine thérapeutique singulière, que l'on a renouvelée dans ces derniers temps sous le nom de kinésithérapie, mais dont le germe se trouve certainement dans les écrits des anciens. Je ne parlerai pas de toutes les applications que j'en ai faites; je me bornerai à celles qui me paraissent le plus intéressantes.

Parmi les affections les plus répandues dans ces dernières années, je citerai celles qui frappent d'un manière particulière sur l'organe de l'intelligence. Eh bien! le mouvement, l'exercice employés convenablement dans le traitement de ces maladies me paraissent offrir de très-grands avantages. Je ne veux pas entrer dans la discussion de cette grave question du travail en plein air, appliqué à la cure de l'aliénation mentale; je me bornerai à dire ce que j'ai observé, et en particulier ce que j'ai observé chez un de nos confrères.

A la suite des chagrins et des terreurs que lui avaient occasionnés les événements révolutionnaires de 1848, ce confrère, dont je crois utile de taire le nom, était tombé dans une mélancolie qui menaçait d'empoisonner son existence. Il y était d'ailleurs prédisposé par son tempérament nervoso-sanguin très-développé, par sa faible constitution et par la frayeur que lui inspirait la moindre souffrance. La forme de sa maladie était une mélancolie sans délire. Pour déraciner, si faire se pouvait, cette irritation nerveuse de son cerveau, pour tranquilliser ce viscère, pour faire cesser l'habitude morbide, notre confrère avait eu recours tour à tour aux émissions sanguines, aux

purgatifs, aux diaphorétiques, etc., le tout en vain. Alors il se rejeta sur l'exercice, faisant journellement de longues et fatigantes promenades dans les montagnes et les vallées, se plongeant dans les flots des rivières et des torrents. Nous renonçons à dire combien il répéta de fois ces tentatives, auxquelles il attachait l'espérance de sa guérison; ce qui est certain, c'est que cette espérance ne fut pas déçue, et que, grâce à ces moyens hygiéniques si simples, il parvint à se débarrasser de son atroce maladie.

A l'appui de la thèse que je soutiens ici, je rapporterai encore quelques autres cas de succès que j'ai obtenus récemment par la même méthode de traitement. Un prêtre, âgé de trente ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution médiocrement forte, sous l'influence de causes variées, de l'isolement, d'études trop prolongées, d'un séjour au voisinage d'un cimetière, de quelques dégoûts dans sa profession, peut-être aussi de quelques excès alcooliques, était en proie depuis quelques années à une manie alternant avec un délire mélancolique. Il fut soumis à divers traitements et saigné à plusieurs reprises. Je l'avais pour ma part saigné au pied, et lui avais fait prendre, sans grand résultat, des calmants et des dérivatifs. Un jour je m'aperçus que les fenêtres de la chambre qu'il habitait n'étaient pas bien closes, et je fis remarquer à ses parents qu'il lui serait on ne peut plus facile de se précipiter de cette hauteur, et par conséquent de se tuer; mais tel était leur état de misère qu'ils m'avouèrent ne pouvoir pas faire la dépense que je demandais. Je changeai aussitôt de résolution et ordonnai qu'on le mît en pleine liberté d'aller où bon lui semblerait. Le voilà donc, pendant quelques jours, faisant de longues promenades à de très-grandes distances; mais le résultat vraiment remarquable de ces promenades, c'est qu'un beau jour il rentra dans son bon sens et fut parfaitement guéri.

Une femme de quarante ans, d'une constitution au-dessous de la moyenne et d'un tempérament nerveux, fut prise l'hiver dernier, sous l'influence d'une prédisposition héréditaire et à la suite d'une mission ecclésiastique, d'une monomanie religieuse. Dans le traitement que je lui fis subir, je m'attachai surtout à régulariser les fonctions utérines et la menstruation, ce à quoi je réussis par l'administration persévérante des emménagogues; pour le reste, je conseillai surtout le mouvement, et tout d'abord je forçai la malade à se déplacer et à descendre de sa chambre pour venir m'exposer et me faire voir l'endroit où elle souffrait; je la fis arracher de cette léthargie physique et morale dans laquelle elle languissait pour la

faire conduire dans les champs où elle travaillait, tout en conservant l'aberration de ses idées. Bientôt elle eut de l'appétence pour les aliments, qu'elle avait d'abord en horreur, et en peu de temps, par le seul exercice de sa puissance musculaire, elle arriva à recouvrer la gouverne de son intelligence, non cependant sans quelques rechutes qui multiplièrent les chagrins de sa famille, mais qui n'eurent pas de suite.

Je pourrais citer encore des faits semblables de guérisons obtenues par moi dans d'autres maladies de la tête, à l'aide du mouvement seulement et plus particulièrement dans le cas de vertiges épileptiques, d'hémicranies de diverses origines, dans quelques espèces d'apoplexie, dans quelques efflorescences herpétiques de la face, dans la plupart des écoulements des yeux, du nez et des oreilles; je dirai seulement qu'en outre des maladies céphaliques, parmi les affections qui ont échu à mon observation dans ces dernières années, celles qui m'ont paru plus particulièrement susceptibles d'être modifiées par la kinésithérapie se rattachent à l'appareil génital chez l'homme et chez la femme. Je citerai, par exemple, le fait suivant :

Une jeune femme de dix-neuf ans, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une constitution moyenne, se présenta à moi quelques mois après son mariage, se plaignant de mille maux pour lesquels elle faisait appel à mes connaissances médicales. Quelques occupations qui ne lui étaient pas habituelles, un certain nombre de nuits passées sans sommeil, l'excitation inaccoutumée et peut-être précoce du coït ayant agi chez elle de telle manière que, sans qu'il y eût grossesse, la menstruation n'avait pas reparu. En outre de cette aménorrhée, son esprit était troublé et hésitait entre la croyance à une grossesse fort désirée et une maladie grave commençante. Il était assez difficile de se prononcer dans ces circonstances, les règles étant interrompues depuis plusieurs mois et pouvant faire croire à une grossesse, la malade étant d'ailleurs d'une extrême sensibilité. Une occasion se présenta pour cette jeune femme de faire à pied un voyage dans des montagnes très-élevées; elle l'entreprit, sur les instances de sa famille, que j'appuyais de tout mon pouvoir. L'écoulement menstruel ne tarda pas à paraître dans le cours du voyage, l'estomac reprit ses fonctions et tout rendra dans l'ordre.

Je citerai encore quelques autres faits analogues empruntés aux maladies du sexe féminin. Une femme de quarante ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution médiocre, s'aperçut, l'automne dernier, d'un gonflement considérable du ventre, qu'elle considéra comme une nouvelle preuve de fécondité, bien

qu'elle fût arrivée à une époque voisine de l'âge critique et qu'un temps très-considérable se fût écoulé depuis sa dernière grossesse. L'événement devait montrer qu'il s'agissait tout simplement d'une accumulation de sang et d'autres liquides dans la cavité utérine. Elle fut saignée deux fois, et l'emploi des diurétiques parvint à la débarrasser d'une énorme hydropisie ascite qui menaçait grandement ses jours. Restait cependant le gonflement de la matrice, dont la malade se préoccupait de plus en plus, et pour lequel elle réclamait des moyens actifs et plus particulièrement des émissions sanguines. Je résistai à son désir, lui conseillant, au contraire, de laisser faire un peu au temps, un peu au mouvement, un peu à la nature médicatrice, qui achèveraient la guérison. Ce fut alors qu'elle entreprit une longue excursion vers les plus hautes cimes des Alpes où elle était née, et la prétendue grossesse se résolut par l'évacuation des humeurs; la malade persévéra dans cette médecine pédestre, et depuis sa santé ne s'est pas démentie.

Dans une autre circonstance, chez une femme de quarante ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, et d'une constitution un peu au-dessus de la moyenne, affectée de physométrie, et qui se berçait, comme les deux précédentes, de l'espoir d'une maternité nouvelle, je ne voulus pas combattre de front sa conviction, afin de lui éviter un trop brusque désenchantement. Je l'engageai cependant à cacher à tous ce qu'elle considérait comme un si joyeux événement, et en même temps, je lui donnai le conseil de faire plus d'exercice que d'habitude, de se livrer davantage aux travaux domestiques, de sortir plus souvent, et en particulier, d'aller voir son père, qui demeurait assez loin de chez elle, soit à pied, soit en voiture. Cette conduite ne tarda pas à être suivie d'un plein succès; tandis qu'une autre femme, affectée de la même maladie et placée dans les mêmes conditions, succombait à l'abus très-probable d'une médication purement empirique.

Qui ne connaît l'influence favorable exercée par le mouvement de tout le corps ou de quelques membres sur un assez grand nombre de maladies affectant d'une manière spéciale la vie organique? Je rapporterai ici deux faits à l'appui de cette manière particulière de traiter quelques-unes des affections dominantes du tube gastro-intestinal et de l'appareil respiratoire.

Une petite fille de huit ans était affectée d'une diarrhée qui résistait à la médecine depuis un an. Les forces, l'embonpoint, la croissance avaient beaucoup souffert de cette maladie si prolongée. C'était malgré elle qu'on la faisait sortir de son lit. Je la trouvai assise

près du feu, la tête inclinée sur la poitrine, les yeux languissants et dirigés vers le sol, la face pâle et maigre, tout le corps comme inanimé et presque immobile. Interrogé par les parents sur la conduite à suivre dns un cas si grave, je conseillai d'obliger la petite malade à sortir de son lit, de la transporter à l'air libre, dans un lieu élevé, et de la contraindre à faire des mouvements. Ce traitement fut ponctuellement exécuté, et les résultats en furent des plus remarquables; le gonflement et la dureté du ventre ne tardèrent pas à diminuer; l'appétit reparut, la physionomie se colora, la bonne humeur revint, et avec elle le désir des mouvements volontaires; les douleurs diminuèrent d'abord, puis cessèrent entièrement, et peu à peu la petite malade fut rendue à la santé.

Le vicaire du couvent de Varallo, homme d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, était malade depuis plusieurs mois et comme cloué dans son lit par une fièvre typhoïde consécutive à une grave pleurésie gauche. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que l'expression morbide typhoïde s'était enracinée dans les voies aériennes, au lieu d'envahir principalement, selon la coutume, les voies digestives, qu'elle était loin, cependant, d'avoir respectées entièrement. Les bronches étaient gorgées de matière mucoso-purulente; les crachats étaient assez souvent striés de sang. Bref, pour ne pas entrer dans des détails inutiles, je dirai que ce malade avait été considéré par beaucoup de médecins comme atteint d'une phthisie pulmonaire irremédiable. Moi qui l'avais traité et suivi depuis le début de la maladie, je concevais beaucoup de doutes et je ne désespérais pas de la guérison. Je considérai l'envahissement des voies aériennes ou la broncho-pyorrhée comme un fait du même ordre que la diarrhée dans un typhus commun. J'effrayai le malade sur les conséquences d'un séjour trop prolongé au lit; je lui ordonnai de sortir de sa cellule pour se promener dans les corridors ou dans le jardin du couvent. Il le fit aussitôt, encouragé à cela par un autre malade que j'avais guéri ainsi d'une maladie ancienne et rebelle. A un exercice il en fit succéder un autre, ne tenant compte ni de la fièvre qui le poursuivait, ni de l'exacerbation momentanée survenue dans la partie enflammée, ni de l'état anémique profond dans lequel il était plongé. Son obéissance eut une récompense digne d'elle, et la guérison fut complète.

Quant à l'emploi du mouvement dans plusieurs cas rebelles de fièvre typhoïde ordinaire, je crois inutile d'en parler. Je ne parlerai pas non plus de plusieurs cas de fièvres intermittentes, d'hydropisies consécutives à ces fièvres, de cachexies, d'affections rhumatismales,

de plaies compliquées, de pneumatoses gastriques et entériques rebelles, non plus que de chloroses et d'ankyloses et autres affections analogues guéries par moi et par d'autres de cette manière. J'ai voulu seulement fixer l'attention sur les ressources précieuses que le mouvement et l'exercice offrent aux malades dans plusieurs maladies graves. Mon but sera atteint si la lecture de quelques-uns des faits précédents décide les médecins à y avoir recours, dans les cas où les ressources thérapeutiques semblent à bout. Le succès qu'ils obtiendront achèvera de les rallier à la médication que je préconise.

Études sur le lactate de zinc dans l'épilepsie (Suite) [1].

Mémoire lu à la Société médicale d'émulation de Paris,

Par le docteur Herpin (de Genève), vice-président.

Saturation ou intoxication lente. — L'influence des médicaments, sans parler de leur action thérapeutique, ne se borne pas toujours à des effets physiologiques immédiats ou à une intoxication aiguë. En quantité minime ou modérée, mais plus ou moins longtemps absorbées par la peau ou par les voies respiratoires ou digestives, certaines substances donnent lieu à des phénomènes désignés, selon leur durée ou leur gravité, par les noms de saturation ou d'intoxication lente; et ces accidents peuvent se manifester sans que le médicament ait donné lieu, jusque-là, à des effets physiologiques un peu marqués. Ce sont surtout les substances métalliques, telles que le mercure, l'iode, le plomb, etc., qui donnent lieu à ces effets d'intoxication, parmi lesquels il s'en rencontre de graves par leur nature ou leur durée. L'étiologie, la symptomatologie, la marche, le pronostic, le traitement de ces phénomènes morbides demandent à être étudiés avec soin, non-seulement dans l'intérêt sanitaire des ouvriers, mais encore en vue d'éclairer l'emploi de ces substances, comme médicaments, surtout dans les maladies chroniques.

En ce qui concerne l'hygiène publique et la santé des ouvriers, plusieurs travaux importants et précis ont, de nos jours, jeté une vive lumière sur cette partie de la toxicologie et dissipé plus d'une erreur. L'oxyde de zinc, à ce point de vue, a été, comme quelques autres préparations métalliques, en butte à des accusations non méritées : se fondant sur quelques faits mal interprétés, on a attribué à sa poussière des effets analogues à ceux de la céruse. Un mémoire de M. le docteur Bouchut, suivi d'une enquête et d'un rap-

---

[1] Voir le numéro du 15 août 1855.

port fait par M. Chevallier à l'Académie de médecine de Paris, en 1851, ont établi d'une manière irréfragable l'innocuité de la poussière d'oxyde de zinc dans toutes les manipulations auxquelles donnent lieu sa préparation et son emploi. Moi-même, j'ai refait cette enquête avec soin, il y a plus d'un an, et j'en ai communiqué les résultats à la Société médicale d'observation; je ne les ai pas publiés, parce qu'ils n'eussent été qu'une répétition du rapport fait à l'Académie. Au reste, une visite à la fabrique de blanc de zinc d'Asnières suffira pour convaincre les plus incrédules. On pourra même se borner à adresser quelques questions sur leur santé aux ouvriers chargés de tasser l'oxyde dans les tonneaux, et qui, depuis plusieurs années, passent leurs journées enfouis jusqu'à la ceinture, ou à peu près, dans cette poudre impalpable.

Mais ce que les fleurs de zinc respirées ou appliquées sur la peau ne déterminent pas, leur ingestion prolongée dans l'estomac ne pourra-t-elle pas le produire? Dans l'ouvrage que j'ai publié en 1852 sur l'épilepsie, je résumais ainsi les effets de l'oxyde donné longtemps à des doses élevées.

(Page 560). « *Au-dessous de dix ans...* Quant aux effets consécutifs de l'oxyde de zinc, c'est-à-dire à son influence sur l'état ultérieur de la santé générale, elle a toujours été nulle : jamais nous n'avons remarqué que nos jeunes malades en aient ressenti une fâcheuse influence, quoique le remède ait été continué quelquefois très-longtemps et à doses assez élevées, témoin le sujet de l'observation 50, âgé de deux ans, qui en pri 1195 grammes en six mois. »

(Page 562). « Au-dessus comme au-dessous de dix ans, nous n'avons pas remarqué que les cures les plus prolongées de zinc aient eu une influence fâcheuse sur la santé ultérieure. Une jeune fille, il est vrai, est devenue chlorotique au milieu d'une cure (qu'il fallut suspendre), mais elle l'avait été déjà auparavant, et à la fin de la seconde période du traitement, elle était brillante de santé et de fraîcheur. Une autre jeune fille fut prise de pâles couleurs dans l'année qui a suivi le traitement; mais cette maladie ne commença (ou du moins on ne me consulta) que quelques mois après la cessation du zinc. Nous croyons donc que, dans ces deux cas, il n'y a eu qu'une fortuite coïncidence. »

(Page 564). « L'innocuité du zinc à ces doses élevées a déjà été constatée par plusieurs observateurs, en particulier par de La Roche, qui a écrit un des meilleurs mémoires qui aient été publiés sur l'oxyde de zinc. Il restait à prouver que le remède peut être continué pendant un temps un peu long, à des doses élevées; nos faits ne peuvent laisser aucun doute à cet égard : on en peut juger par les quantités totales prises par quelques-uns de nos malades.

	250	grammes en	5	mois.
	258	—	6 1/2	—
	312	—	12	—
	312	—	7	—
	445	—	10 1/2	—
(Note)	672	—	16	— »

Après ces citations, on peut se figurer quelle fut ma surprise en lisant, une année après la rédaction de mon livre, en septembre 1852, dans la Gazette médicale de Paris, l'analyse d'un travail sur les effets physiologiques et toxiques de l'oxyde de zinc, par le docteur Michaëlis de Tubingen, ouvrage couronné par la Faculté de médecine de cette ville.

Voici, d'après la Gazette, les principaux résultats de ce Mémoire :

« L'auteur s'est d'abord attaché à rechercher le zinc dans les produits des sécrétions; à cet effet, il a institué de nombreuses expériences sur les animaux, et il a retrouvé le métal dans le foie, la bile, le sang, l'urine, quelquefois dans les reins, le poumon, le cerveau, le cœur et la rate... Il résulte de ces expériences que l'oxyde de zinc, quoique insoluble dans l'eau, est absorbé, ce qui s'explique facilement par la présence dans l'estomac de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique. Le métal apparaît dans la bile avant de se montrer dans l'urine; vingt-quatre heures après l'injection d'un sel de zinc par la veine crurale, la bile en offrait des traces évidentes. L'oxyde de zinc ne détermine des modifications de quelque valeur que dans les appareils digestif et respiratoire. De fortes doses produisent des érosions et des ulcérations de la muqueuse stomacale qui ne sont pas d'une grande importance, puisqu'elles peuvent guérir, même quand on continue l'emploi du médicament, mais qui, d'un autre côté, peuvent passer à l'état chronique. Le reste du tube alimentaire est moins impressionnable, parce que l'oxyde de zinc n'y parvient qu'à l'état d'albuminate. Les altérations rencontrées dans les organes respiratoires consistent dans des granulations analogues aux tubercules miliaires.

« L'emploi longtemps prolongé de doses moyennes finit par enrayer la nutrition et par produire l'anémie et le marasme; le sang renferme une quantité de fibrine évidemment inférieure à l'état normal. Ainsi la quantité moyenne de fibrine, dans le sang des chiens, a été trouvée par l'auteur de 1,92 sur 1,000, tandis qu'après l'emploi du zinc, cette quantité était réduite à 0,99 ou 1,00.

« ... L'auteur termine par quelques remarques sur le mode d'administration des fleurs de zinc; il fait remarquer que, comme oxyde, c'est un médicament trompeur, parce qu'on ignore la quantité qui entrera en combinaison avec les acides des voies digestives : il vaudrait mieux prescrire l'acétate ou le lactate de zinc... Il est important, quand on veut avoir une action plus prononcée, de donner plus fréquemment de petites doses plutôt que d'en augmenter la quantité. On évite ainsi les actions locales. Le régime lacté est favorable, à cause de la production d'acide lactique qui favorise la dissolution du remède.»

Frappé de la différence entre ces faits et les résultats que m'avait montrés une longue et attentive observation (résultats confirmés d'ailleurs par M. Bouchut et le rapport de l'Académie), je me suis procuré le Mémoire original, et sa lecture m'a expliqué la dissemblance de nos conclusions : les expériences intéressantes qui ont fourni à M. Michaëlis les données que nous avons citées ont été faites presque exclusivement sur des animaux, la plupart de très-petite taille : lapins, chats et chiens; les doses ont été relativement fort élevées et les effets toxiques ont été d'autant plus prononcés que les

animaux étaient plus jeunes ou plus petits. Or, on sait quelle influence les différences d'organisation ou de taille chez les animaux exercent sur les effets produits par telle ou telle dose d'un poison ou d'un médicament. J'ai traité, non sans quelque succès, pendant quatre mois, un chat épileptique au moyen de l'oxyde de zinc; malgré le soin de fractionner en quatre parties la dose journalière, et de la donner mêlée à quelque aliment, je n'ai pu lui faire prendre dans les deux premiers mois que 2,65 grammes, 0,04 en moyenne par jour; encore y eut-il de temps en temps des vomissements; dans le troisième et quatrième mois, je n'ai pu dépasser 0,08, tandis que j'ai fait plus d'une fois tolérer 2 grammes par jour à des enfants de deux ans.

Il n'y a donc rien de surprenant à ce que M. Michaëlis ait provoqué des empoisonnements, en donnant en moyenne par jour : 0,50 à des jeunes lapins qui ne pouvaient pas vomir; 0,30 à 0,50 à des chats; 0,60 à des chiens, etc. Du reste, pour ces derniers animaux, les accidents signalés pendant la vie et les altérations du sang observées après la mort (qui n'a jamais été l'effet de l'empoisonnement) doivent être rapportés, en grande partie, à l'inanition qu'entraînait chez les chiens une répugnance, qui finissait par être invincible, à user d'aliments tous imprégnés d'oxyde de zinc. Chez notre chat, il avait fallu changer constamment les substances dans lesquelles on lui administrait le remède, et on lui donnait à part sa nourriture ordinaire : aussi ne présenta-t-il aucun phénomène de marasme ou d'anémie. Ajoutons que M. Bouchut, ayant répété les expériences du chimiste allemand, a pu donner impunément à un lapin *de forte race* des doses de 25 et 50 centigrammes.

Dans les expériences fort limitées que M. Michaëlis a faites sur lui-même, et dans celles semblables du docteur Werneck, il n'est question que d'effets physiologiques; mais M. Michaëlis cite brièvement une observation du docteur Busse, de Berlin, relative à un épileptique de quarante-trois ans qui, après avoir pris environ 175 grammes d'oxyde, était tombé dans un état très-prononcé de marasme, avec pouls presque filiforme, œdème des extrémités inférieures et ascite commençante. Le malade guérit de ces accidents par la suppression du remède et un traitement approprié.

Il reste, dans tous les cas, évident, d'après les travaux remarquables de M. Michaëlis sur l'oxyde de zinc : 1° que cette substance, donnée à certaines doses aux animaux qui ne vomissent pas, peut entraîner la mort; 2° que son administration prolongée peut amener des désordres dans les organes digestifs et dans la nutrition générale.

Restent à déterminer les doses auxquelles ces accidents se manifestent chez l'homme, les circonstances où ils se produisent et la proportion de ces accidents.

J'ai fait connaître, dans la première partie de ce travail, les résultats de ma longue expérience des fleurs de zinc, quant aux effets immédiats. J'ai reproduit quelques pages plus haut, sur l'intoxication lente, les conclusions de l'analyse des nombreux traitements rapportés dans mon ouvrage; elles me paraissent devoir être amendées en ce sens que les deux cas de chlorose, que je croyais accidentels, ont été probablement l'effet de la médication. Je vais maintenant examiner, à ce point de vue, les résultats des faits encore plus nombreux que j'ai recueillis depuis la publication de mon livre.

Dans cette étude sur les effets des cures prolongées, je n'ai pris en considération que les cas où il a été employé plus de 100 grammes. Ces faits, au nombre de 41, concernent 17 épileptiques du sexe masculin et 24 du sexe féminin : rapport, 3 à 4. Les âges offrent à peu près tous les chiffres intermédiaires entre deux et cinquante-quatre ans. Sur les 41 malades :

18	ont pris de	100 à 200 grammes	en	13 à 15 semaines.
12	—	200 300	—	16 45
4	—	300 400	—	25 51
5	—	400 500	—	31 56
1	—	582	—	36
1	—	602	—	69

Parmi ces malades, un petit garçon de deux ans a employé 233 grammes en quarante-cinq semaines, et sa santé générale était excellente à la fin du traitement.

Je pourrais ajouter à ces faits le cas d'un épileptique de soixante-deux ans, dont je possède l'observation, et qui a été guéri, par l'une des sommités médicales de Paris, au moyen de 445 grammes d'oxyde de zinc donnés en dix-neuf semaines. Il se portait très-bien après avoir pris, en aussi peu de temps, cette énorme quantité d'un remède qu'on pourrait regarder comme un véritable poison, si on ne le connaissait que par le mémoire de M. Michaëlis.

De nos 41 malades, 32 (plus des trois quarts) jouissaient d'une excellente santé à la fin de leur traitement; 3 n'ont éprouvé que des phénomènes de simple saturation, qui ont cessé immédiatement après la suspension du remède.

Chez la première, jeune fille de dix-huit ans, qui avait employé 179 grammes en dix-sept semaines, ce furent des douleurs fréquentes d'estomac auxquelles elle n'était pas disposée.

Même symptôme, avec dyspepsie, chez la seconde, qui y était sujette; elle était âgée de vingt-sept ans et avait pris 148 grammes en quinze semaines.

La troisième, âgée de vingt-neuf ans, consomma 156 grammes en vingt semaines. Dans les quinze derniers jours, à 2 grammes par jour, elle fut prise d'inappétence et de nausées; il s'y joignit, dans les quatre derniers jours, malgré la diminution graduelle des doses, des vomissements et de la diarrhée qui forcèrent à interrompre la médication.

Des signes d'intoxication lente, à des degrés très-divers, il est vrai, se montrèrent chez 6 malades et se prolongèrent plus ou moins longtemps après la suspension du remède.

Chez une jeune personne de seize ans, après l'emploi de 228 grammes en seize semaines (dos. max. par jour 2, 15), j'observai une pâleur prononcée de la peau, mais il n'existait aucun autre signe d'anémie ou de chlorose; les muqueuses avaient leur couleur naturelle, les époques continuaient régulières et normales.

Chez un jeune garçon de huit ans, traité par correspondance, après 254 grammes en vingt-deux semaines (dos. max. 2,15), on me signala une grande pâleur et une légère décoloration des muqueuses, qui avaient débuté un mois auparavant avec de l'inappétence et un grand dégoût pour le remède. Une semaine après la cessation du médicament, l'appétit était très-bon; au bout de trois semaines le malade reprenait ses couleurs. Il n'y eut aucun autre symptôme morbide.

Une demoiselle de quarante-quatre ans, après 473 gram. en quarante et une semaines, m'offrit dans le dernier mois (à 2 grammes par jour depuis longtemps) de la dyspepsie, de la langueur, de la dyspnée, des palpitations en montant et même en marchant. Ces symptômes ne tardèrent pas à se dissiper en changeant de remède.

Un homme de cinquante ans, d'une santé fort délicate, que je traitais alors par correspondance et qui avait employé 120 grammes en seize semaines (max. 1,85) me signala, sur la fin de la médication, des malaises qui, déjà dans l'année précédente, l'avaient forcé à deux reprises d'interrompre, malgré de bons résultats, l'emploi de l'oxyde de zinc prescrit par MM. Baillarger et Moreau de Tours. L'état indiqué par le malade était le suivant : inappétence complète, coliques fréquentes, douleurs lombaires qui troublaient le sommeil, chaleur insupportable la nuit, pâleur, abattement, amaigrissement rapide. Douze jours après la cessation du remède, toutes les incommodités avaient disparu, le malade demandait à reprendre un traitement ; à vingt jours de là, tout était rentré dans l'état normal.

Une jeune fille de quinze ans, qui a pris 264 grammes en vingt-quatre semaines offrit, au rapport de sa mère (je la traitais par correspondance), un mois avant la fin du traitement, de la pâleur, une légère décoloration des lèvres, de la fatigue et des douleurs dans les jambes; mais son appétit était excellent et elle engraissait. J'engageai la mère à consulter son médecin ordinaire, pour s'assurer s'il n'existait pas d'autres symptômes de chlorose et pour décider de la convenance de cesser l'oxyde. La jeune personne, qui auparavant avait toujours une ou deux attaques par semaine, n'en avait subi aucune depuis plus d'un mois. Dans ces circonstances Mme B., redoutant la suspension du remède, me répondit d'une manière rassurante, et ce ne fut qu'un mois après que, sur le conseil de M. le doct. C., consulté enfin, on cessa la médication, le 22 septembre 1854. Les couleurs des joues avaient peu à peu

complétement disparu; il était survenu de violentes douleurs d'estomac, des vomissements et un peu d'œdème de la face; mais, chose singulière, l'appétit était devenu désordonné et la jeune fille prenait un embonpoint croissant. Après la suspension du remède, les douleurs gastriques persistèrent pendant huit jours encore; les muqueuses se décolorèrent davantage, l'œdème parut aux pieds, puis aux jambes: mais il n'y eut, d'après le rapport de mon honorable confrère, ni palpitations, ni souffle dans les carotides, ni dyspnée; le pouls resta normal et l'appétit continua d'être excessif. Le teint était celui de l'anémie et non de la chlorose. Les époques, qui s'étaient montrées le 5 août pour la dernière fois, d'une manière naturelle, ne reparurent qu'en décembre. On ne fit pas un traitement de fer que j'avais conseillé, et cependant, moins de deux mois après, tout était rentré dans l'ordre; l'appétit restait exagéré, l'embonpoint allait croissant. Mais, peu après la cessation du traitement, les attaques avaient repris leur marche antérieure.

Des effets d'intoxication encore plus prononcés se montrèrent chez une jeune personne de dix-neuf ans, dont nous retrouverons l'histoire dans la partie thérapeutique de ce travail. La même cause amena les mêmes effets que dans le cas précédent: la crainte de voir suspendre une médication efficace fit qu'on me dissimula trop longtemps un état qu'il eût été facile de conjurer dès ses premières manifestations. Un mois avant la fin du traitement, le père me signala une légère pâleur et du dégoût pour le remède qui, jusque-là n'avait produit que de rares et légères incommodités gastriques. La jeune personne était à Paris; toutefois, par une exagération extrême dans les précautions propres à conserver le secret de la maladie, on ne me montrait que très-rarement M[lle] de... Je demandai à la voir, mais dans la crainte que je ne suspendisse le traitement, on ajourna sous divers prétextes cette visite. Je la réclamai d'une manière impérieuse le 25 mai 1854, et alors je pus observer les symptômes suivants d'anémie chlorotique: pâleur extrême, décoloration des muqueuses, dyspnée et palpitations en montant, souffle carotidien, pouls faible, à 108, faiblesse musculaire et impuissance de marcher à cause des douleurs dans les jambes. Je fis cesser immédiatement l'oxyde, qui était pris à la dose de 1,50 par jour, et je prescrivis un traitement ferrugineux (pilules Vallot), plus quelques faibles dose de lactate de zinc, pour me rendre aux vœux du père. M[lle] de... partit le 4 juin pour la campagne; une stomatite s'était manifestée deux jours avant, comme je l'appris plus tard. Le 11 juin, M. le doct. F., médecin de la famille en province, m'envoya, sur ma demande, des détails précis sur l'état de la malade: pâleur encore augmentée, station à peine possible, dyspnée aux moindres mouvements, un peu d'œdème aux extrémités inférieures, etc.; sur la voûte palatine, deux plaques gangréneuses de la grandeur d'un franc, haleine un peu fétide, dents colorées en noir. Mon confrère avait, avec raison, supprimé le lactate et continué le fer. Le 22, il y avait une amélioration sensible: la malade marchait dans le jardin, les lèvres commençaient à se colorer, l'appétit était revenu, tous les autres symptômes étaient amendés. Le 30, le mieux était encore plus prononcé; la chute des escarres avait entraîné quelques parcelles d'os nécrosés; la cicatrisation des plaies avançait, la coloration des dents s'effaçait peu à peu. Le 15 juillet, les symptômes de chlorose avaient à peu près complétement disparu; l'appétit était parfait; la malade prenait de l'exercice; les couleurs étaient revenues; il ne restait de cet orage que deux très-petites plaies au palais, sur le point d'être cicatrisées. Mais les époques, qui avaient paru pour la dernière fois en mai, ne se montrèrent de nouveau qu'en août. Le 15 de ce mois, il ne subsistait aucune

trace de cette intoxication, dont les effets s'étaient prolongés pendant trois mois et demi.

Il résulte de l'ensemble des faits précités : 1° que les phénomènes de saturation ou d'intoxication lente se sont manifestés après des quantités variables de 120 à 473 grammes; 2° qu'en joignant aux cas que je viens de décrire les deux faits de chlorose signalés dans mon livre, on rencontre : 1 enfant, 1 homme adulte et 9 épileptiques du sexe féminin, dont 6 âgées de quinze à vingt ans. Les femmes, et surtout les adolescentes, y seraient donc plus particulièrement exposées ; 3° en appelant *saturation* les phénomènes bornés au système digestif qui persévèrent malgré la diminution des doses, mais cessent après la suppression du remède; et en désignant sous le nom d'*intoxication lente* les accidents qui portent sur la nutrition générale, et continuent plus ou moins longtemps après la fin de la médication, nous avons observé 1 cas sur 14 de saturation, et 1 sur 17 d'intoxication à divers degrés; 4° que ces derniers accidents n'ont eu quelque gravité que quand le traitement a été poursuivi pendant un mois après l'apparition des premiers signes d'anémie.

Nous pouvons formuler ainsi les conclusions de cette étude : s'il est vrai que des doses élevées et prolongées d'oxyde de zinc puissent être données impunément, dans la grande majorité des cas, il est constant aussi qu'au delà de l'emploi de 120 grammes, il peut se manifester, principalement chez les jeunes filles, un état d'anémie ou de chlorose qui prend de la gravité, si l'on n'arrête pas la médication au moment où l'on commence à observer la décoloration de la peau et des muqueuses.

Sans doute, ces accidents ne sont point redoutables, puisqu'on les voit promptement céder, quand on s'arrête dès leurs premières manifestations, et ils ne peuvent être une objection contre l'emploi de l'oxyde de zinc; mais ils ont le sérieux inconvénient de forcer à interrompre le remède, souvent au moment même où il porte ses fruits. Il est donc à désirer qu'on trouve une préparation de zinc qui, ayant la même efficacité que l'oxyde, n'ait pas, du moins au même degré, ses inconvénients.

M. Michaëlis a proposé, dans ce but, le lactate ou l'acétate. J'ai appris très-récemment que le dernier de ces sels est employé avec succès en Allemagne et dans la Suisse allemande, et qu'il est très-bien supporté; quant au lactate, j'ignore s'il a été l'objet de quelques études suivies. Lorsque je me suis décidé à en faire usage, j'avais complétement oublié, ou je n'avais point, en 1852, remarqué cette proposition de l'auteur des belles recherches sur les effets toxiques

de l'oxyde de zinc; sans cela je l'aurais employé déjà depuis plusieurs années. La priorité du conseil n'appartient pas moins à M. Michaëlis; mais je crois être le premier qui en ait fait le sujet d'études méthodiques.

Pour apprécier les effets de saturation et d'intoxication du lactate de zinc, je suivrai la même marche que pour l'oxyde.

Dans 36 cas, la quantité de 100 grammes a été dépassée. Sur ce nombre, 22 épileptiques appartiennent au sexe masculin, 14 au sexe féminin; c'est le rapport de 3 à 2, mais en sens inverse de celui que nous avons rencontré pour l'oxyde. Les âges ont varié de deux à cinquante et un ans, limites à peu près identiques à celles mentionnées pour les fleurs de zinc. Sur les 36 malades.

18	ont pris de	100 à 200	grammes	en 14 à 27	semaines.
6	—	200 à 300	—	21 à 37	—
6	—	300 à 400	—	25 à 38	—
5	—	400 à 500	—	35 à 42	—
1	—	603	—	47	—

Si l'on en excepte la seconde catégorie, de moitié moins nombreuse ici, les chiffres des deux tableaux corrélatifs ont la plus grande analogie pour les deux préparations.

Pour le lactate comme pour l'oxyde, un enfant de deux ans en a consommé environ 200 grammes (196 en vingt-six semaines); il était brillant d'embonpoint et de fraîcheur à la fin du traitement. Une petite fille de huit ans, après en avoir pris 467 grammes en quarante-deux semaines, avait une santé florissante. Enfin, la malade qui a employé 603 grammes en quarante-sept semaines, et qui était une jeune personne de dix-neuf ans, n'en a éprouvé aucune fâcheuse influence.

Des 36 épileptiques, il n'y en a que 3 chez qui j'aie observé, à la fin du traitement, des effets d'intoxication analogues à ceux que nous avons retracés pour l'oxyde. Cependant nous devons signaler, en dehors de ces trois cas, quelques particularités qu'il est juste de mentionner.

Le mari d'une jeune dame de vingt-deux ans, qui avait pris 111 grammes en quatorze semaines, m'affirma (et j'ai toute confiance dans son esprit observateur) qu'à la fin du traitement il avait remarqué chez sa femme une tristesse non motivée, qui n'était pas dans son caractère; il l'attribuait au remède, parce que la même disposition s'était présentée chez elle, d'une manière frappante, quelques années auparavant, à la fin d'un traitement par l'oxyde de zinc à haute dose. Je n'avais jamais observé encore une semblable influence. On m'a signalé

la même disposition morale chez un jeune homme de dix-neuf ans, après 261 grammes de lactate pris en vingt-cinq semaines.

Un épileptique de dix-huit ans, éminemment scrofuleux, mais qui n'avait pas eu depuis plus d'un an d'adénite suppurée, en fut atteint vers la fin de l'emploi de 330 grammes en trente-deux semaines. Y a-t-il eu ici liaison ou simple coïncidence ?

Nous avons dit que dans trois cas il y avait eu une sorte d'intoxication :

Le premier est celui d'une demoiselle de quarante-six ans, encore réglée, ayant pris 458 grammes de lactate en trente-cinq semaines; je la traitais par correspondance. Vers le milieu d'avril 1855 (le traitement fut terminé le 29), les époques manquèrent pour la première fois, et ne reparurent que le 4 mai; dans la dernière moitié d'avril, il y eut de la surdité, de l'abattement, des douleurs dans les membres, une grande pâleur, avec des taches jaunes sur le visage. Les douleurs et la surdité cessèrent cinq jours après la suspension du remède; mais il persista encore de la pâleur et de l'abattement. Dès les premiers jours de juin, la malade avait repris son état de santé antérieur.

Le second cas est celui d'un petit garçon de sept ans, qui a employé 352 grammes en trente-huit semaines. La tolérance avait été parfaite jusqu'à la dose de 10 grammes par semaine ; à 11 grammes survinrent des nausées après chaque pilule, et quelquefois des vomissements ; il s'y joignit de l'inappétence, des coliques, de la pâleur, de la faiblesse et de l'abattement. En réduisant graduellement la dose jusqu'à moitié, les malaises cessèrent ; mais ils reprirent bientôt et on dut supprimer tout à fait le remède. Dès le lendemain, l'appétit revint ; peu de jours après l'enfant était tout à fait remis.

Le troisième cas, quoiqu'il ait offert certains symptômes d'intoxication, nous montrera d'une matière frappante la supériorité du lactate sur l'oxyde, au point de vue que nous examinons.

Le sujet est M[lle] de..., dont nous avons décrit, quelques pages plus haut, l'état de chloro-anémie grave qui succéda à l'emploi de 159 grammes d'oxyde de zinc en vingt semaines. Cette jeune personne, qui avait eu en moyenne trois attaques par mois dans l'année qui avait précédé mes traitements, n'avait éprouvé qu'un paroxysme de deux attaques pendant les cinq mois consacrés au traitement par l'oxyde ; et encore ce paroxysme survint-il pendant une lacune de huit jours dans l'administration du remède, contre mon avis très-exprès. On a vu quelles circonstances me forcèrent plus tard à suspendre tout à fait la médication. Quoiqu'elle eût été incomplète, six mois se passèrent sans accès; mais une attaque étant survenue, je prescrivis le lactate, en recommandant une grande vigilance sur tout symptôme d'anémie ou de chlorose. 402 grammes de lactate, c'est-à-dire une quantité deux fois et demie plus forte que celle d'oxyde, furent employés en quarante-deux semaines, et on me signalait toujours (la jeune demoiselle était dans le Midi) la brillante santé, le beau teint, la gaieté, l'entrain de ma jeune malade. A la fin du huitième mois, on remarqua un peu de pâleur et une légère décoloration des lèvres; les époques avaient été cependant normales dans ce mois. Je fis suspendre le remède, qui avait d'ailleurs porté ses fruits.

Il n'est pas possible d'invoquer un fait plus concluant en faveur de la supériorité du lactate sur l'oxyde, au point de vue des effets d'intoxication.

Ce cas n'est pas le seul toutefois où les deux préparations données au même malade aient démontré cette supériorité.

J'ai raconté plus haut comment un épileptique de cinquante ans avait été trois fois, malgré de bons résultats, obligé de suspendre l'oxyde de zinc, à cause des accidents qui succédaient à l'emploi de quantités qui n'avaient jamais dépassé 120 grammes. J'ai fait plus tard suivre un traitement de lactate à ce même malade ; au moment actuel, il en a pris 445 grammes en vingt-cinq semaines, c'est-à-dire une quantité à peu près quadruple de celle d'oxyde, sans avoir éprouvé un seul jour de malaise, et sans que sa santé ait offert la moindre altération. Ce second fait n'est pas moins concluant que celui qui précède.

Les résultats de mon expérience sur les effets de saturation ou d'intoxication lente par le lactate de zinc sont en définitive les suivants : 1° je n'ai pas rencontré de cas de simple saturation, telle que je l'ai définie; 2° les signes d'intoxication lente, au lieu de paraître, comme pour l'oxyde de zinc, après 120 grammes, ne se sont pas manifestés au-dessous de 350 ; 3° les cas d'intoxication ont été près de deux fois moins fréquents que pour l'oxyde, et ils ont offert moins de gravité; 4° le petit nombre de faits où les accidents se sont manifestés ne permet pas d'en tirer des conclusions certaines relatives à l'âge et au sexe qui peuvent y prédisposer; cependant le sexe féminin semble avoir été, comme pour les fleurs de zinc, plus particulièrement frappé ; 5° des malades ayant présenté, sous l'influence de l'oxyde, des phénomènes d'intoxication graves, ont pris impunément une quantité deux à trois fois plus forte de lactate.

Ainsi, au point de vue des effets des cures prolongées, comme à celui des effets physiologiques immédiats, le lactate a sur l'oxyde une notable supériorité. Nous chercherons, dans un dernier article, s'il en est de même pour l'efficacité thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'injection de la liqueur iodo-tannique dans les varices.

La guérison des varices n'est point une question oiseuse, sans portée, comme le fut, par exemple, la recherche si fort en vogue, à une certaine époque, de moyens appropriés à l'hémorrhagie intercostale. Autant celle-ci est rare, autant les varices sont communes parmi les classes laborieuses ; autant l'une est théorique, autant les autres tiennent à la pratique journalière. Passe encore si les varices constituaient une de ces infirmités insignifiantes, avec lesquelles on s'accommode sans trop de peine; mais par la fatigue, par la station debout, elles se gonflent, deviennent douloureuses et élèvent un obstacle

sérieux au travail. A force de distension, la peau s'amincit, se déchire et donne issue à une hémorrhagie qui peut devenir grave. Ajoutons, pour finir, que les varices sont la source et l'entretien de ces ulcères chroniques, de mauvais aspect, qui mettent plusieurs mois à se cicatriser et seulement un jour ou deux à se rouvrir.

Mais, ici, une question préjudicielle se présente : peut-on se flatter de guérir les varices? doit-on en essayer la cure? — Non, si l'on exige à la fois que le moyen emporte tout le mal et prévienne la récidive; car, si l'on peut agir sur les grosses veines, on ne peut rien sur tous les ramuscules; rien non plus pour changer la diathèse, après avoir combattu la manifestation locale; et comme l'a dit M. le professeur Velpeau, tant qu'on ne modifiera point la constitution, la récidive est assurée.

Est-ce à dire pourtant qu'en dehors du moyen ordinaire, du bas lacé, rien ne doive être fait? Je ne le pense pas, sous peine de resserrer outre mesure les limites où l'art peut être utile. Voici, supposons un instant, un homme porteur d'énormes varices qu'une chaussette contient mal, un homme qui souffre au moindre travail; en voici un second chez qui une rupture est imminente; un troisième enfin dont les veines dilatées alimentent le vieil ulcère calleux; — eh bien ! faites au premier disparaître les gros renflements vasculaires, il sera soulagé; au second, prévenez la rupture, vous prévenez aussi une hémorrhagie, un ulcère; au dernier, favorisez la cicatrisation de sa plaie rebelle, et vous lui aurez rendu un signalé service. Or, le moyen d'être utile dans ces cas, nous l'avons, et la guérison, pour être partielle, temporaire, n'en est pas moins un bienfait d'une grande valeur.

Seulement, comme il s'agit ici d'une affection peu grave en général, il faut que le traitement employé soit exempt de dangers; et comme les inconvénients qu'une varice entraîne peuvent se supporter, il est raisonnable aussi que le moyen soit d'un usage commode.

Ainsi, les deux conditions essentielles du traitement chirurgical des varices sont donc : l'innocuité et la simplicité. Et par simplicité, j'entends non-seulement la part de l'œuvre qui revient à l'opérateur, mais aussi la somme de gêne ou de souffrance qui doit peser sur le malade.

Dès lors, rien d'étonnant que bon nombre des méthodes connues soient tombées dans un profond oubli.

Qui voudrait, par exemple, pratiquer l'*excision* des varices, remède pire que le mal avant l'anesthésie, et aujourd'hui, à l'égal d'autrefois, remède dangereux? De même, la *ligature*, le *séton*, l'*in-*

cision, quel que soit le procédé proposé, comptent fort peu de partisans, depuis que des malheurs ont mis au jour les graves inconvénients de ces méthodes.

Seule, depuis quelques années, la *cautérisation* jouit d'une faveur méritée par le très-grand avantage qu'elle a d'oblitérer la veine sans faire courir aucun danger.

Pratiquée anciennement par A. Paré et Guillemeau, à la faveur des caustiques, elle était complétement négligée depuis longtemps, lorsqu'en 1839, M. Bonnet, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en fit l'objet d'un remarquable mémoire [1]. Dans ce travail, l'auteur préconise la potasse caustique et pose, sous forme de propositions, les règles de son emploi. Une de ces règles surtout mérite une mention à part, parce qu'elle est générale, applicable à toutes les méthodes : celle qui prescrit de fragmenter la veine par petites portions et de l'attaquer sur plusieurs points, distants les uns des autres de 8 à 10 centimètres ; et cela par la raison bien simple qu'avec une seule oblitération, à la cuisse si l'on veut, comme le conseillait Everard Home, la colonne sanguine, qui pèse de tout son poids sur les varices inférieures, s'oppose au rapprochement des parois et plus encore à des adhérences solides.

Toutefois, le caustique alcalin mérite des reproches : il expose aux hémorrhagies par sa propriété de dissoudre la fibrine et de fluidifier le sang, à tel point qu'il nécessite le repos au lit jusqu'à la guérison de la plaie, toujours lente à venir. Ce fut donc un progrès véritable lorsque M. Bonnet substitua, plus tard, le chlorure de zinc à la potasse ainsi qu'à la poudre de Vienne, préconisée d'un autre côté par A. Berard, attendu que celle-ci, douée au même titre de propriétés alcalines, est sujette aux mêmes inconvénients.

Le chlorure de zinc coagule le sang, dès lors plus de danger d'hémorrhagie ; ce qui, joint à la sécheresse de l'escarre, à sa chute rapide, ainsi qu'au bel aspect de la plaie et à sa prompte cicatrisation, constitue des avantages précieux. Il y a plus encore ; la cautérisation est d'une parfaite innocuité : — point de phlegmons, point de phlébite, point d'infection purulente ; — elle interrompt sûrement le cours du sang, puisqu'on retrouve dans l'escarre une portion de la veine renfermant le caillot bien formé ; — enfin, elle s'applique aux veines de tous calibres, aux plus petites aussi bien qu'aux plus grosses.

---

[1] A. Bonnet, Mém. sur le traitement des varices des membres inférieurs, etc. Archives gén. de médecine, 3e série, t. V, p. 50-172.

Mais, ici comme ailleurs, les inconvénients suivent les avantages, et légitimeraient, s'il en était besoin, les essais tout récents d'une dernière méthode ; je veux dire l'*injection coagulante*, que je vais comparer à la *cautérisation*.

§ 1. *Parallèle de l'injection et de la cautérisation*. A. — La *cautérisation* se recommande par une grande innocuité. — L'*injection* dans les varices est également innocente, soit qu'on emploie le perchlorure de fer, d'après les règles que j'ai tracées ailleurs [1], soit qu'on préfère se servir de la liqueur iodo-tannique normale, conformément à ce qui va être dit.

L'innocuité du perchlorure est prouvée par un grand nombre de faits ; l'innocuité de la liqueur iodo-tannique, à son tour, s'établit sur plusieurs observations et sur l'analogie si frappante des phénomènes immédiats et consécutifs, comparés à ceux du perchlorure de fer.

B. — La cautérisation interrompt sûrement le cours du sang en fragmentant la veine. — Mais l'injection aussi suspend le cours du sang par une oblitération durable de la veine ; plusieurs faits m'en fournissent la preuve. Je puis citer, entre autres, un opéré (Louis Clerc) qui, à la suite d'une injection de perchlorure de fer, avait eu un coagulum occupant la saphène de la malléole au condyle et chez lequel je retrouvai, six mois plus tard, cette veine dure, filiforme, et tout à fait imperméable au sang. Les varices n'avaient pas reparu.

Voudrait-on m'objecter que six mois sont insuffisants, et que cette veine, si imperméable qu'elle m'ait paru, cessera d'être une barrière à la circulation ; alors je répondrai par un fait plus concluant que le premier. — Antoine Landuron, opéré par moi en septembre 1853, par deux gouttes de perchlorure de fer dans un lobule variqueux, m'a offert sur le point injecté, en novembre 1854, une induration nodulaire, dense, petite, bien sensible néanmoins ; avec l'affirmation réitérée de sa part que là était bien, comme je m'en souvenais, le lobule injecté, que là aussi, depuis l'opération, rien n'avait reparu.

Et notez — autre argument en faveur des faibles doses — que ces coagulums de perchlorure de fer avaient une sorte de consistance fibreuse et nullement une dureté métallique ; qu'ils étaient recouverts d'une peau à peu près normale et non bleuâtre ou violacée, bien différents, sous ce double rapport, de ce que j'ai vu dans un cas où, plusieurs mois après une injection assez forte, le caillot, gros comme une demi-noisette et indolent, était recouvert d'une peau bleuâtre, au

---

[1] Du Traitement des varices par les injections de perchlorure de fer. Mémoire couronné par la Société de chirurgie.

point de faire songer que là il y avait eu décomposition du sel, avec précipité de peroxyde de fer et emprisonnement de l'oxyde au milieu des tissus.

De ces faits et d'autres que je pourrais citer encore, je me crois donc autorisé à conclure qu'une veine oblitérée dans un point par un caillot de perchlorure de fer l'est d'une façon durable, et que si la dose du liquide a été faible (2 gouttes), l'oblitération n'est pas due à un simple dépôt métallique, mais bien à un travail organoplastique dont l'agent coagulateur a été la cause. — Plus tard, nous verrons aussi que le caillot iodo-tannique offre des conditions de stabilité précieuses.

C. — L'injection tombe-t-elle dans une varice qui ne soit point trop flexueuse, il arrive souvent que le caillot s'allonge, oblitérant ainsi plusieurs centimètres de la veine. J'en ai vu, pour ma part, d'aussi longs que la jambe; j'en ai vu s'étendre du genou à l'embouchure de la saphène interne; un dernier, le plus remarquable de tous, avait, d'un bout à l'autre, 72 centimètres. — Rien de pareil à espérer avec la cautérisation par le chlorure de zinc; la coagulation dépasse à peine de quelques millimètres le point touché par le caustique.

D. — L'injection ne laisse pas de traces, contrairement à la cautérisation, qui empreint à la jambe de larges et profonds stigmates, sans portée, il est vrai, chez les hommes du peuple, mais qui exciteraient une vive répulsion chez les personnes du monde.

E. — L'injection dans la veine n'est pas douloureuse, pas plus du moins que ne l'est une simple piqûre. — La cautérisation, loin de là, impose de vives souffrances, non pas quelques instants, mais d'abord aussi longtemps que durent les applications, c'est-à-dire vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, et de plus un ou deux jours après que l'on s'est arrêté. Passe encore si la souffrance n'excitait pas chez beaucoup de patients une vive répulsion, difficile à combattre; une répulsion quelquefois exprimée en termes si persuasifs, que soi-même on en est impressionné, sans que pourtant l'on doive être taxé de ridicule sensibilité.

F. — Un reproche que l'injection mérite et qu'on ne saurait adresser à la cautérisation, c'est que la première, très-simple dans les grosses veines, difficile dans celles de moyen calibre, devient impraticable sur les petits rameaux. Est-ce à dire que ce soit là une infériorité capitale? Non, si l'on veut réfléchir que la cautérisation néglige aussi les ramuscules, et que, plus d'une fois, si l'on devait les poursuivre, toute la jambe ne serait plus qu'une vaste plaie sup-

purante. Aussi, généralement se borne-t-on à couper les paquets principaux, ceux auxquels précisément s'adapte l'injection.

Au reste, je ne m'oppose nullement à l'association des deux méthodes : l'injection pour les troncs qui peuvent recevoir la canule, la cautérisation pour ceux qui, plus petits, sont néanmoins trop gros pour être ménagés. Qu'elles soient utilisées concurremment dans ce qu'elles ont chacune de meilleur, la pratique ne peut que gagner à un sage éclectisme.

§ 2. *Phénomènes immédiats et consécutifs de l'injection iodotannique* (liqueur normale).—A l'occasion du traitement des varices par l'injection de perchlorure de fer [1], je suis entré dans tous les détails que comporte le manuel opératoire ; je n'y reviendrai pas, crainte de double emploi. Je donnerai seulement quelques propositions qui résument ce qu'il y a d'important sur ce point, en admettant connus le trocart et la seringue du docteur Pravaz.

Ainsi, je conseille toujours de commencer par les varices les plus apparentes, les plus droites, guidé par l'espoir d'un caillot allongé ; puis de poursuivre successivement toutes celles qui n'ont subi qu'une modification insuffisante des injections premières.

En outre :

1° Les veines doivent être gonflées au moment de l'opération, en faisant marcher le malade, la cuisse comprimée par une ligature circulaire.

2° Si les varices sont volumineuses, le malade peut être opéré couché, sinon il est bien préférable de l'opérer debout.

3° Etablir une compression exacte au-dessus et au-dessous du lieu d'élection, en accumulant sur ce point le plus de sang possible.

4° Prendre tous les soins imaginables pour arriver dans la veine d'un seul coup, sans déchirer le tissu cellulaire ambiant.

5° Piquer directement, sans chercher de trajet sous-cutané, qui, pour le moins, est inutile.

6° Ne se croire dans la veine que s'il sort une goutte de sang.

7° Une fois dans la veine, éviter que la pointe de l'instrument n'aille blesser la paroi opposée.

8° Une fois l'injection faite, continuer toujours la compression de dix à quinze minutes.

Je recommande encore de ne faire chaque fois qu'une injection du même côté, de ne point trop les rapprocher et de ne pas y revenir à de trop courts espaces de temps. Enfin, on poursuivra les injections

---

(1) Mémoire cité.

jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de veines apparentes qui puissent admettre le trocart.

La liqueur iodo-tannique *normale* est la seule que je conseille pour les varices, n'ayant pas expérimenté l'autre ; et la dose de *cinq* à *sept gouttes*, équivalentes en force à deux ou trois gouttes de perchlorure à 30°, me paraît la plus convenable.

Ceci posé, passons aux *phénomènes locaux* et *généraux*.

La solution iodo-tannique *normale*, injectée dans une veine à la dose de *cinq* à *sept gouttes*, n'amène point aussi rapidement que le perchlorure de fer à 30° la formation du caillot. On ne le sent presque jamais au bout d'un quart d'heure ; à peine devient-il perceptible après six ou huit heures. Mais le lendemain, il est dur, plus apparent, bien que masqué par un certain degré de congestion dans les tissus voisins. Si la veine est droite, ou à peu près, le caillot s'étend et peut avoir déjà, à cette époque, plusieurs centimètres de long ; si la veine est flexueuse, au contraire, il reste globuleux, olivaire.

En même temps, ce caillot devient le centre d'une inflammation légère, qui se traduit, à part l'engorgement périphérique déjà noté, par une rougeur assez vive, allongée sous forme de bande étroite, si le caillot s'est étendu ; disposée, au contraire, en plaque plus ou moins large, quand il est globuleux. De plus : chaleur anormale, douleur à la pression, sensibilité à l'état de repos. Le membre ne peut s'étendre ni se fléchir sans impression pénible.

Au troisième jour, l'inflammation locale peut encore augmenter, mais le plus souvent elle reste stationnaire, souvent aussi elle commence à diminuer ; dans tous les cas, elle disparaît généralement du quatrième au sixième jour.

A mesure que tombe l'inflammation, la douleur se calme, l'engorgement périphérique se résout, laissant, plus isolé, le caillot qui se resserre et se durcit tous les jours. La rougeur seule persiste davantage ; elle devient successivement rouge brun, rose gris, jusqu'à ce que la peau reprenne son aspect naturel. Quelquefois autour de la piqûre j'ai vu une ecchymose en auréole de nuance foncée, mais sans aucune conséquence ; une seule fois j'ai trouvé le caillot bifurqué, à son extrémité inférieure, sur l'éperon d'une anastomose veineuse.

En définitive, le résultat local est un caillot qui s'allonge de plusieurs centimètres dans les veines rectilignes et qui reste globuleux dans les flexuosités veineuses. Le caillot se durcit, se resserre jusqu'à n'être plus qu'un petit cordon noueux dans le premier cas, et un

nodule ellipsoïde dans le second, ayant, là comme ici, une consistance dure qui rappelle le tissu fibreux.

Cette extension du coagulum iodo-tannique ne serait-elle que l'effet d'une phlébite envahissante, dont l'injection serait la cause? N'est-ce pas plutôt la conséquence de l'énergie moins puissante du liquide et l'effet de sa dilution plus étendue, précisément en raison inverse de sa force hémoplastique? Cette dernière opinion, à mon sens, est la vraie; par ce motif qu'une phlébite, en suivant les parois veineuses, se propage aussi bien dans les portions flexueuses des veines que dans les portions droites; au lieu que le caillot, libre de cheminer dans les premières, est mécaniquement arrêté dans les secondes. Au reste, quelle que soit l'explication, le fait existe; qu'il tienne à telle ou telle cause, peu importe, il n'en conserve pas moins toute son importance.

L'unique *déviation* que je doive signaler à cette marche si simple des phénomènes locaux est un petit abcès qui survint une fois, au niveau même de la ponction; lequel s'ouvrit spontanément et mit quelques jours à se déterger d'un petit bourbillon de tissu cellulaire gangrené. La plaie ensuite se cicatrisa vite et bien.

L'injection iodo-tannique exerce également une heureuse influence sur les ulcères chroniques de mauvais caractère. Ils sont modifiés en quelques jours; ils marchent à la cicatrisation, alors qu'ils étaient stationnaires depuis longtemps; et la peau environnante éprouvant, elle aussi, des modifications dans sa vitalité, pâlit visiblement : de rouge qu'elle était, elle devient rosée; ses capillaires que l'œil suivait en quelques points disparaissent, et, quelquefois aussi, par un retour à l'état normal sur des espaces disséminés, elle prend un aspect marbré rose et blanc.

Les *phénomènes généraux* sont ceux d'une fièvre inflammatoire légère : un peu de malaise, de chaleur à la peau; langue blanche, soif, inappétence; pouls plus fort et plus fréquent. Au troisième ou quatrième jour, l'appétit s'éveille, les forces reviennent, le calme se rétablit, tout disparaît enfin au bout du premier septenaire sans qu'il y ait eu un seul instant de crainte.

Il suffit donc, pour toute *médication*, de prescrire le repos jusqu'à ce que l'inflammation locale ait disparu, et de réduire le régime jusqu'au retour de l'appétit qui marque la cessation du mouvement fébrile. Pour pansement, des compresses d'eau blanche, pendant les premières vingt-quatre heures; ensuite des cataplasmes émollients, plus ou moins renouvelés, laudanisés ou non, suivant le degré d'inflammation et le développement de la sensibilité locale.

DESGRANGES, D. M. P. à Lyon.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules pour l'emploi des sels ammoniacaux.

Depuis quelque temps l'attention des thérapeutistes s'est concentrée sur les sels ammoniacaux. M. le docteur Guépin, de Nantes, vient d'adresser au Journal de médecine et de chirurgie pratique la série suivante des formules qu'il a personnellement expérimentées. Nous répondons au désir qu'il exprime de voir ces formules mises sous les yeux des praticiens.

Liquide vésicant.

Ammoniaque.	1 partie.
Huile.	2 parties.

Prenez un morceau de ouate de la grandeur du vésicatoire que vous voulez faire. Enlevez d'un côté la partie gommée. Mouillez-le fortement avec le liquide ci-dessus, du côté qui n'a plus de gomme, et appliquez ce vésicatoire sur la partie à laquelle il est destiné. En cinq minutes l'effet sera produit.

Fomentations excitantes pour les yeux.

Ammoniaque.	5 grammes.
Alcool camphré.	10 grammes.
Ether sulfurique.	5 grammes.

Mettez dans un flacon bouché à l'émeri.

Si vous débouchez ce flacon et si vous l'approchez de l'œil, il pleure aussitôt. L'action excitante de ce mélange provoque les larmes.

Solution pour combattre l'ivresse.

Un homme ivre mort est dans votre escalier, ne pouvant ni parler ni même répondre par signes. Vous prenez un verre d'eau et vous y ajoutez de 5 à 10 gouttes d'ammoniaque liquide. Vous lui faites avaler ce verre d'eau, il revient à lui, se lève, s'en va et vous laisse en paix.

Une formule d'eau sédative.

Eau.	150 grammes.
Ammoniaque.	10 grammes.
Alcool camphré.	4 grammes.
Sel marin.	6 grammes.

Ne filtrez pas.

Des compresses trempées dans ce liquide réussissent supérieurement dans les entorses, les luxations, les contusions ; dans beaucoup d'érysipèles, dans les piqûres d'abeilles et de guêpes. Un jour, à

l'Hôtel-Dieu de Nantes, l'on nous amena, salle 12, une femme atteinte de phlébite par suite d'une morsure de sangsue à la cheville du pied. Le membre inférieur droit était très-gonflé, érysipélateux. Nos internes regardaient la mort comme certaine. Une application de cette eau sédative fut faite. Douze heures plus tard tout danger avait disparu.

Sulfate d'ammoniaque. — Ce sel est moins soluble et moins actif que le chlorhydrate, qui doit lui être préféré.

Solution très-utile surtout dans les engorgements de la matrice.

Eau.	300 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	6 grammes.

Faites prendre matin et soir une petite cuillerée à café de cette solution dans une tasse de tilleul.

Même solution modifiée pour être employée chez les scrofuleux.

Eau.	300 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	6 grammes.
Iodure de potassium.	10 grammes.

Exemple de la même préparation associée à des sirops dépuratifs.

Sirop dépuratif (sirop antiscorbutique ou de salsepareille ou de salsepareille composé, etc., etc.) . . . . 1/2 litre.

Nota. Cela fait environ 30 cuillerées à bouche.

Iodure de potassium	3 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	1 gramme.

Le malade en prend une cuillerée à bouche matin et soir dans une tasse de boisson chaude.

Le chlorhydrate d'ammoniaque est encore très-utile dans les engorgements du sein à l'intérieur et à l'extérieur; à l'intérieur sous les formes indiquées ci-dessus, à l'extérieur pour saupoudrer très-légèrement des cataplasmes.

Pommade.

Voici la formule d'une des meilleures pommades résolutives que l'on puisse employer contre les engorgements scrofuleux :

Axonge.	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 grammes.
Iodure de plomb.	1 gramme.

Autre pommade.

Axonge.	30 grammes
Chlorhydrate d'ammoniaque.	4 grammes.
Camphre.	1 gramme.

Celle-ci nous a servi très-souvent en frictions sur la colonne ver-

tébrale, tantôt chez des rachitiques, tantôt chez des enfants dont le développement était très-lent, tantôt après des applications de camphre lorsque, les vertèbres étant malades, nous voulions produire une action irritante et résolutive, tantôt encore dans les affections de la moelle épinière.

Toutefois la formule suivante est préférable quand on veut obtenir de suite de la rougeur.

Axonge	30 grammes.
Carbonate d'ammoniaque	5 grammes.
Camphre	1 gramme.

Pommade antirhumatismale.

Axonge	30 grammes.
Carbonate d'ammoniaque	2 à 5 grammes.
Calomel	2 grammes.
Extrait d'opium	3 grammes.
Extrait de jusquiame	6 grammes.

Des frictions avec cette pommade sur les articulations malades réussissent très-bien, quand elles sont prolongées, chez les paysans, les marins, les douaniers, les hommes de peine; elles ont moins de succès dans le grand monde.

Dans les maladies syphilitiques et dans les désordres qui leur succèdent, les sels ammoniacaux, le chlorhydrate surtout, peuvent souvent remplacer avec avantage l'iodure de potassium, et toujours on peut associer ensemble ces deux sels. Voici quelques exemples de formules qui s'appliquent à ces maladies et aux autres affections cutanées.

Eau	1 litre.
Sublimé	8 décigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	6 grammes.
Iodure de potassium	12 grammes.

Cette solution nous a été souvent utile dans les diverses syphilides, dans l'iritis syphilitique et dans les périostoses syphilitiques.

Formule de bain antisyphilitique.

Sublimé en poudre	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	10 grammes.

Cette dose est celle d'un bain ordinaire.

Bains excitants.

La dose de 10 à 20 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque suffit à donner à un bain des propriétés excitantes.

Bains antipsoriques.

Sulfhydrate d'ammoniaque, 10 à 20 grammes pour un bain entier.

Pommade antisyphilitique.

Calomel.	2 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 grammes.
Axonge.	30 grammes.

Comme sudorifique, je préférerais l'acétate d'ammoniaque aux autres sels ammoniacaux.

Arrêtons-nous ici : les exemples que nous venons de présenter suffisent à montrer quelle est l'étendue de puissance thérapeutique des sels qui nous occupent. Nos formules sont en réalité le résumé d'un chapitre que l'on pourrait écrire sur cet important sujet, et nous pouvons conclure en disant :

Que les sels ammoniacaux sont des stimulants très-énergiques et des résolutifs auxquels on ne s'adresse jamais en vain. Ils ont l'avantage immense de n'introduire dans l'économie aucune substance étrangère à ses principes constitutifs ; ils ont aussi celui d'être facilement expulsés par les selles, les urines et les sueurs.

Quelques-unes des formules ci-dessus sont usuelles aujourd'hui parmi les anciens internes de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et nous signalerons comme ayant rendu de grands services celle qui est préconisée contre les engorgements de la matrice.

Les chlorures dans le vinaigre au point de vue de la médecine légale.

La mauvaise nature des vinaigres livrés au commerce a provoqué dans le public de nombreuses réclamations, heureusement écoutées par l'autorité, qui, aujourd'hui, en surveille la vente avec une sollicitude toute paternelle ; et déjà M. Collignon a consigné dans le Répertoire de pharmacie de M. Bouchardat une falsification de ce liquide avec de l'acide pyroligneux impur et une matière colorante telle que l'orseille. Cet honorable confrère emploie l'éther comme réactif.

On sait qu'il y a des vinaigres qui contiennent à l'état normal des chlorures en quantité suffisante pour former avec l'azotate d'argent de légers précipités ; qu'il en est d'autres aussi chez lesquels ce précipité est tellement abondant qu'on est en droit de supposer qu'ils ont été falsifiés par une addition d'acide hydrochlorique, et pourtant ils sont de bonne qualité. Pour s'en assurer, il faut distiller le liquide, l'acide délétère passe à l'état de vapeur ; on le reconnaît aux caractères qui lui sont propres.

Appelé à nous prononcer sur la falsification ci-dessus, nous consignons les notes que nous avons recueillies, parce que nous admet-

tons avec Montaigne que *l'homme qui possède une observation utile la doit à ses semblables ;* qu'il commet une faute *en la gardant pour lui ;* et que, dans la circonstance, nous pouvons être agréable aux chimistes experts, en les mettant à l'abri de jugements dont ils pourraient regretter les conséquences.

Il résulte de nos essais, que l'excès de chlorure que l'on trouve dans certains vinaigres n'est qu'accidentel, qu'il provient de l'habitude qu'on a dans les départements de l'Indre, du Cher, de la Loire et dans quelques autres, de mettre dans chaque barrique de vin qu'on désire clarifier trois à quatre poignées de sel de cuisine, qu'on retrouve ensuite dans le vinaigre. STANISLAS MARTIN.

Préparation et mode d'administration de l'iodure de chlorure mercureux.

Nos lecteurs savent probablement qu'il y a quelques années M. Boutigny d'Evreux fit connaître un nouveau composé mercuriel, auquel il a donné le nom d'iodure de chlorure hydrargyreux. Ce composé est formé, soit avec un équivalent d'iode et deux de calomel, soit avec un équivalent d'iode et un de calomel.

Pour préparer le premier composé, on prend ;

Iode, 1 équivalent.	= 1579,5
Protochlorure de mercure, 2 équivalents.	= 5948,5

On pulvérise grossièrement le calomel; on l'introduit dans un matras d'essayeur et on le chauffe doucement, en l'agitant jusqu'à ce qu'il commence à se sublimer ; alors on y ajoute l'iode par petites parties et la combinaison s'effectue avec bruit, sans perte sensible de l'iode. Si, au contraire, on mélangeait l'iode avec le calomel avant de l'introduire dans le matras, une bonne partie de l'iode se volatiliserait et l'on n'obtiendrait qu'un médicament à proportions inconnues et par conséquent d'un effet incertain.

Pour obtenir le second composé, on prend un équivalent de calomel seulement; le mode de préparation est d'ailleurs absolument le même.

Les proportions peuvent être variées en ce sens qu'on peut mettre moins d'iode ; mais si l'on en mettait davantage, on aurait une préparation instable, par conséquent inconstante dans son action.

Voici maintenant les formules de pommade et de pilules données par M. le docteur Rochard, pour le traitement de la couperose ;

Pommade à l'iodure de chlorure mercureux.

PR. Iodure de chlorure mercureux en poudre.	0,75
Axonge récente.	60

Mêlez avec soin.

Pilules d'iodure de chlorure mercureux.

Pr.	Iodure de chlorure mercureux.	0,25
	Gomme arabique.	1
	Mie de pain.	9
	Eau de fleurs d'oranger.	Q. S.

F. S. A. 25 pilules. — Une à trois par jour.

La première formule est destinée aux préparations internes et externes en pommade ; la seconde à être coulée en cylindres pour servir comme caustique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Bons effets des grands bains sinapisés au début du choléra.

Au moment où le choléra sévit de nouveau, je pense qu'il est du devoir de tout praticien de faire part à ses confrères des résultats heureux qu'il a pu obtenir dans le traitement de cette affection. Les faits que je vous soumets sont peu nombreux, sans doute, mais je n'ai pas eu jusqu'ici d'autre occasion d'expérimenter le traitement que j'ai employé. Si vous les jugez de quelque importance, veuillez donc avoir l'obligeance d'insérer ces observations dans votre excellent recueil.

Obs. I. M. Paître, dit Maréchal, à Mouy (Oise), cinquante ans, charpentier, constitution robuste, jamais de maladie, quoique cet homme soit adonné à l'ivrognerie. — Le 18 août 1855, aucun malaise. Repas du soir composé de soupe aux légumes. — A deux heures du matin, selles liquides abondantes, répétées ; soif extrêmement vive ; à sept heures, des vomissements séreux, énormes, apparaissent et continuent sans interruption. Vers huit heures, crampes violentes se succédant à des intervalles très-rapprochés, ne laissant aucun relâche au malade ; selles et vomissements continuels.

Première visite, neuf heures du matin. 1° Aspect général : teinte cyanique très-prononcée, orbites enfoncées, cerclées de noir ; sclérotiques injectées, ternes ; amaigrissement considérable ; ventre très-rétracté ; voix éteinte. Le malade crie constamment : « A boire ! » Peau non rétractile. — 2° Toutes les régions du corps sont glacées ; langue et haleine froides ; 3° dyspnée ; 4° le malade vomit devant moi environ deux litres de liquide séreux, blanchâtre, inodore ; les selles sont telles qu'il ne sent plus l'écoulement des matières ; pas d'urines ; 5° crampes violentes sans cesse répétées ; 6° pouls insensible.

Prescription. Bain entier chaud, avec addition de 4 kilogrammes

de farine de moutarde. Le malade doit y rester de vingt minutes à une demi-heure. On l'enveloppera, à la sortie du bain, dans une couverture de laine mise sur la peau. De quart d'heure en quart d'heure, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Emulsion gommeuse.	150 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	15 grammes.
Laudanum de Sydenham.	2 grammes.
Sirop d'éther.	36 grammes.

Les trois premières cuillerées sont vomies.

Dix minutes après l'immersion du malade dans le bain, les vomissements, la diarrhée, les crampes s'arrêtent, à la grande surprise des assistants et du patient. Il y éprouve une sensation de bien-être telle qu'il demande à y rester longtemps. La soif s'éteint, une douce chaleur pénètre les organes; la peau s'assouplit. A dater de ce moment, le malade est guéri; il reste pendant trois grands quarts d'heure dans l'eau de moutarde, puis il se couche; une légère sueur couvre la surface du corps. Les crampes ont totalement disparu; trois légères selles, jaunâtres, non séreuses ont encore lieu.

Le confrère pour lequel j'avais vu ce malade vient le visiter à trois heures. Il n'a pu observer aucun des symptômes que je viens d'énumérer. Le malade ne ressentait plus rien que de la faiblesse. Il reprenait ses travaux huit ou dix jours après.

Obs. II. Félicie Benoît, petite fille âgée de trois ans et demi, d'une bonne constitution, demeurant à Mouy. La diarrhée existe depuis huit jours, sans que les parents y apportent la moindre attention. La rougeole apparaît, la diarrhée persiste, et la malade s'expose à l'air extérieur, le matin, par une journée de brouillard froid. On donne des aliments à l'enfant, des fruits verts, on lui fait boire du cidre. Dans la nuit du 20 août 1855, des vomissements et des selles de nature séreuse deviennent tellement abondants, que les parents se décident à m'appeler.

A ma visite le 21, à huit heures du matin, je trouve la malade à l'état presque squelettiforme; la face est grippée, grimaçante, les yeux ont l'aspect qui se remarque dans les affections cérébrales; la voix est à peine appréciable, tant elle est faible. L'éruption a disparu entièrement; tout le corps est cyanosé légèrement. 2° Refroidissement considérable, langue sèche, froide, haleine froide, soif ardente; 3° selles et vomissements séreux, les selles surtout sont abondantes, pas d'urines; 4° agitation continuelle, cris inarticulés occasionnés par des crampes; 5° dyspnée considérable; 6° pouls imperceptible.

Prescription. Bain d'eau de moutarde (2 kilogrammes de moutarde pour le bain). On enveloppe la malade dans la laine au bout d'un quart d'heure de bain. Toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion ainsi formulée :

Emulsion gommeuse	50 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	8 grammes.
Sirop d'éther.	30 grammes.

Deuxième visite, midi. Les vomissements ont cessé entièrement dans le bain; la diarrhée est presque terminée; plus de mouvements nerveux; pouls relevé; dyspnée encore considérable; coloration de la face un peu meilleure; cyanose disparue; soif vive; sommeil, chaleur à la peau, moiteur. Ces résultats sont obtenus au bout d'un *quart d'heure* de bain. Continuation de la potion : une cuillerée toutes les deux heures.

Troisième visite, huit heures du soir. État général satisfaisant; plus de selles.

22 août. Aucun des symptômes de la veille n'a reparu; mais la méningite que j'avais soupçonnée hier se dessine un peu plus nettement. L'enfant succombe à cette dernière affection, douze jours après.

J'ai voulu seulement constater dans cette observation les bons effets du bain de moutarde, qui a fait disparaître comme par enchantement tous les symptômes cholériques. La malade, évidemment, a guéri de son choléra, et l'autre affection a continué sa marche depuis son invasion, qui avait eu lieu bien avant ma première visite.

Obs. III. Mme Faron-Dupont, de Bury (Oise), trente-huit ans; bonne constitution, jamais de maladie, quelques douleurs épigastriques depuis environ un mois.—Le 3 septembre, aucun malaise; repas composé d'un peu de viande rôtie et de confitures, à neuf heures et demie du soir. Cette femme se couche immédiatement après. — A deux heures du matin, trois selles copieuses, peu liquides, accompagnées de coliques légères; vomissements des aliments pris la veille; quelques instants après, nouveaux vomissements (séreux cette fois) et selles de même nature; pas de soif. Les déjections continuent ainsi très-fréquemment, jusqu'à quatre heures du matin. Un abaissement considérable de la température, des tremblements nerveux, des crampes viennent s'ajouter aux symptômes sus-mentionnés; vomissements et diarrhée presque continuels.

A ma première visite, le 4 septembre, à sept heures du matin, je constate : 1° teinte cyanique légère, orbites enfoncées, sclérotiques

injectées, amaigrissement, rétraction du ventre, peau non rétractile, voix éteinte; 2° froid intense, langue froide, humide, blanchâtre, pas de soif; 3° vomissements séreux en ma présence, selles comme de l'eau de riz, pas d'urines; 4° crampes incessantes, violentes aux jambes, aux cuisses, à la surface de l'abdomen, etc.; 5° pouls imperceptible; 6° dyspnée.

Prescription. Bain entier avec 4 kilogrammes de farine de moutarde, pendant une demi-heure. En sortant du bain, on enveloppera, comme précédemment, la malade toute nue dans la laine. Une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure de la potion précédente.

Dix minutes (c'est la malade qui parle) après l'immersion dans le bain, les vomissements et les selles s'arrêtent; les crampes cessent tout à fait; la face reprend sa couleur, la souplesse de la peau reparaît.

Deuxième visite, trois heures du soir. La chaleur, la coloration, la voix sont ranimées entièrement; soif vive. Je fais ôter la couverture de laine et la malade éprouve un grand bien-être, car elle était inondée de sueur. Elle avait ressenti encore quelques légères douleurs dans la jambe gauche. Quelques frictions avec l'éther et la teinture thébaïque en triomphent. Les selles et les vomissements ne se sont pas renouvelés. Un peu d'eau froide pour boisson.

5 septembre. La nuit a été calme; le pouls est un peu plein; bien-être général; un peu de soif. Limonade, diète.

Le 6 septembre, sommeil excellent, appétit, pas de soif, un peu de faiblesse. La malade, qui n'avait pas uriné depuis le 4, a rendu, seulement cette nuit, une médiocre quantité d'urine.

Bouillon, eau rougie.

La malade est entièrement guérie à cette heure.

A ces trois observations, je puis en ajouter une quatrième. L'année dernière (1854), au moment où l'épidémie de choléra avait envahi notre commune, une pauvre femme m'apporte dans son tablier un enfant de dix-huit mois, à moitié nu; il était entièrement et fortement cyanosé, il semblait rendre les derniers soupirs. Je ne trouve pas de moyen assez énergique pour rappeler l'existence qui s'en va, pour exciter une réaction violente, quand tout d'un coup l'idée du bain de moutarde m'est venue à l'esprit. J'ai été fort surpris d'apprendre le même jour que mon remède avait opéré merveilleusement. Aujourd'hui cet enfant est fort et vigoureux. Quant à lui, il n'avait pas pris de sous-nitrate de bismuth.

Je ferai observer aussi que les trois malades de 1855 n'avaient pas pris quatre cuillerées de ma potion, lorsque la réaction s'est opérée.

J'attribue donc au bain de moutarde seul les bénéfices de leur guérison.

Aug. Baudon fils, D. M.
à Mouy (Oise).

BIBLIOGRAPHIE.

Médecine et hygiène des Arabes, etc. ; par le docteur E.-L., Bertherand, ancien médecin de l'hospice mulsuman d'Alger, et des bureaux des affaires arabes, etc. 1 vol. in-8 ; chez Germer-Baillière.

Celui qui, se reportant vers l'époque où l'école arabique brillait d'un si vif éclat, s'imaginerait retrouver dans la médecine arabe de nos jours le résultat accumulé de dix siècles de travaux, éprouverait un désappointement complet, en voyant se dérouler dans l'ouvrage de M. Bertherand l'affligeant tableau de l'ignorance où vivent les successeurs dégénérés des Rhazès et des Avicenne. Aussi n'est-ce pas précisément en vue d'ajouter un riche butin à nos connaissances pratiques, que notre honorable confrère nous fait connaître le résultat de ses recherches ; son but, politique et civilisateur au moins autant que médical, est de mettre la métropole française au courant de ce qui se passe sous ce dernier rapport chez un peuple où l'art de guérir, tenu en grande vénération et regardé comme une délégation quasi-providentielle, peut servir de moyen de prosélytisme, tout en permettant à celui qu'il introduit jusque dans le foyer de la famille d'étudier les préjugés, de sonder les obstacles qui s'opposent à l'assimilation de cette race réfractaire. On a vu, avec raison, dans le prêtre chrétien l'un des plus utiles missionnaires de la civilisation ; mais on n'a pas songé peut-être à tous les services qu'on pourrait, sous ce rapport, attendre du médecin, surtout chez un peuple aussi fortement attaché à ses croyances religieuses, et qui repousse avec méfiance des réformes ou des conseils apportés sous le manteau d'une religion étrangère. M. Bertherand a donc fait une œuvre éminemment utile, en appelant l'attention de nos gouvernants sur cette question, et en les mettant à même d'avancer avec une parfaite connaissance de cause dans la voie qu'il leur ouvre. Et puis, au point de vue de la philosophie et de l'histoire, n'est-ce pas un spectacle fécond en enseignements que celui de la décadence d'un peuple qui s'éleva si haut naguère, et cela, chose remarquable, sans qu'il ait perdu les attributs distinctifs de sa race, et ces qualités puissantes, qui ne demanderaient peut-être pour briller encore du même éclat que des circonstances plus favorables ou des institutions meilleures !

Enfin, comme intérêt de curiosité, l'ouvrage de notre confrère a de quoi contenter les plus difficiles. Rien de plus piquant, en effet, que les détails dans lesquels entre l'auteur sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les musulmans de l'Algérie, sur leur hygiène, sur leurs maladies et sur le traitement qu'ils leur opposent. Quel que soit, après tout, le dédain que puisse nous inspirer, sous ces divers rapports, la grossière barbarie de leurs connaissances, qui pourrait dire que les hasards de l'empirisme ne leur ont rien appris? Ne puisons-nous pas nous-mêmes, tous les jours, des données utiles dans la médecine populaire, qui représente si bien, à certains égards, celle des peuples dans l'enfance? Et si, comme on l'a dit, toutes nos connaissances viennent de la comparaison, ne serait-il pas bon de jeter parfois nos regards par delà cette science de terroir dans laquelle se confine d'ordinaire, y vivant attaché, comme à sa glèbe, la grande majorité des praticiens?

On ne s'attend pas, sans doute, que nous fassions connaître dans une courte analyse les faits dont abonde l'ouvrage de M. Bertherand. Cela nous serait d'autant plus difficile, qu'on n'y trouve guère que cela. Ce n'est pas que nous songions à en faire un reproche à notre honorable confrère. Les détails dans lesquels il entre ont sans doute leur prix, mais enfin ce n'est que dans l'œuvre même qu'on peut les chercher. A la méthode synthétique, qui procède par formules générales, M. Bertherand a préféré la méthode analytique, plus accessible à l'observation individuelle; c'était son droit, et nous aurions mauvaise grâce à le lui reprocher après l'usage judicieux qu'il en a fait. Est-il nécessaire d'ajouter que les nombreuses observations qu'il a faites pendant un séjour fructueux en Afrique, et les recherches approfondies auxquelles il s'est livré dans les auteurs qui ont écrit avant lui sur plusieurs des questions qu'il traite, donnent une autorité incontestable à sa parole?

Dans un premier livre, l'auteur traite de l'exercice de la médecine chez les musulmans de l'Algérie et de leurs connaissances dans les différentes branches de l'art de guérir. Tout en cherchant à prouver, le Koran à la main, qu'on ne doit pas attribuer à l'illustre fondateur de l'islamisme la décadence intellectuelle de ces populations, assertion étayée de nombreuses citations, et contre lesquelles je me garderai bien, et pour cause, de m'inscrire en faux, notre confrère fait le plus triste tableau de l'état dans lequel se trouve l'art de guérir chez les Arabes. Leurs notions en anatomie sont à peu près nulles, le préjugé musulman s'opposant aux dissections. Quant à la physiologie, le mécanisme des fonctions est rapporté à des causes oc-

cultes, et en rapport avec l'influence des astres. En physique, c'est à peine si les plus instruits connaissent l'aimant. En chimie, aucune idée de la composition des corps. La botanique n'existe guère que de nom; pour les autres parties de l'histoire naturelle, il n'en faut pas parler. En revanche, des pratiques divinatoires, une confiance imperturbable aux amulettes, des notions empiriques sur les vertus vraies ou supposées d'un certain nombre d'agents médicinaux, voilà à quoi se réduit en somme l'arsenal de la pratique médicale. La chirurgie est à l'avenant, une défaveur marquée, née des préjugés religieux, s'étant toujours attachée aux opérations sanglantes, dont l'emploi du feu tient ordinairement lieu. Au reste, comme l'art de guérir n'est pas réglementé, médicamente qui veut, depuis ceux qui vendent et préparent les drogues (épiciers, parfumeurs), depuis les barbiers, chargés de la saignée et de l'application des sangsues, jusqu'aux *toubibes*, ou praticiens émérites, et aux marabouts que les fidèles commencent par consulter quand ils tombent malades, dans l'espoir que le prêtre conjurera par ses exorcismes et ses amulettes le *djinn*, ou génie, unique auteur de leurs souffrances. Au reste, les savants ou *toubibes* ne connaissent pas eux-mêmes les illustres devanciers qui portaient si haut la gloire scientifique du nom arabe. Une quinzaine de livres sur la médecine, voilà tout ce que renferme la bibliothèque d'Alger.

Le troisième livre traite des maladies et de la médecine des Arabes. Une particularité propre à cette race, c'est le peu de sensibilité du système nerveux. De cette anesthésie physiologique découle la facilité avec laquelle les Arabes supportent impunément d'énormes doses de remèdes, la prompte guérison de leurs blessures et la rareté des accidents traumatiques. Un des faits les plus curieux qu'offre le tableau statistique de 4,000 décès recueillis par l'auteur dans le nécrologe d'Alger, c'est le grand nombre d'affections de poitrine (442, dont 129 par phthisie). La scrofule s'y observe aussi fréquemment dans la population maure, qui habite, dans des rues étroites et sombres, des maisons humides et malpropres; elle est bien plus rare chez les Arabes des plaines. Quant au peu d'aptitude de cette race à contracter la syphilis, et à l'innocuité que cette maladie présente chez elle, ce sont des erreurs dont M. Bertherand fait facilement justice. Ajoutons que la diète sèche et la salsepareille constituent, à l'exclusion du mercure, le traitement le plus fréquemment employé. La réputation, qu'on a voulu faire aux *toubibes* dans les maladies des os et le traitement des blessures par armes à feu, est complétement usurpée. Le massage, trop négligé chez nous, où on le laisse entre

les mains des rebouteurs, leur rend cependant des services, comme pratique hygiénique ou chirurgicale. Pour les plaies, toutes leurs ressources reposent sur l'emploi du feu. A la dyssenterie, aux fièvres intermittentes, aux affections oculaires, si communes chez eux, ils n'ont à opposer que des moyens empiriques d'une efficacité tout à fait inférieure à ceux de la médecine européenne. Ils ne recourent à la diète que dans les cas les plus graves, et ne paraissent pas s'en trouver plus mal.

Le deuxième livre intercalé, je ne sais trop pourquoi, par l'auteur, entre le premier et le troisième, qui se rattachent étroitement l'un à l'autre, est consacré à l'hygiène publique et privée des Arabes, à des recherches sur leur constitution physique et morale, sur le climat, etc. M. Bertherand croit qu'il y a lieu de modifier les idées généralement admises sur le climat de nos possessions algériennes, que l'on a trop jugé, dit-il, d'après les observations prises sur le littoral. Les indigènes vivent réellement dans un climat chaud et humide. Aux trois zones qu'il y reconnaît, il assigne des maladies de différente nature : à la zone du littoral, les affections scorbutiques, les fièvres intermittentes ; à celle des montagnes, les affections cutanées ; et aux plaines du sud, les ophthalmies et les affections cérébrales. Au reste, le climat algérien n'offre, à proprement parler, que deux saisons caractérisées, l'une par des pluies, l'autre par les chaleurs. Le printemps et l'automne n'existent pas à titre de saisons nettement tranchées, d'où le petit nombre d'affections catarrhales.

Dans la partie de son ouvrage consacrée à l'hydrographie algérienne, M. Bertherand offre des renseignements d'un haut intérêt sur les principales eaux minérales signalées jusqu'ici, et dont on pourra un jour tirer un parti d'autant plus complet, que leur action se combine avec celle du climat.

Au chapitre de l'ethnographie, l'auteur trace les caractères qui distinguent les Arabes habitants du Tell ou des plaines marécageuses, des Kabyles ou Arabes des montagnes, et des Sahariens ou habitants des plaines sablonneuses du sud. La peau, qui n'est basanée que dans les tribus où l'indigène ne se défend pas suffisamment contre l'action solaire, joue dans ces contrées un rôle des plus importants, celui d'éliminer beaucoup de carbone au bénéfice des poumons moins actifs et moins amples. L'enduit visqueux dont elle est habituellement couverte amortit sa sensibilité. Le sang des indigènes a une couleur très-foncée, ce qui s'explique par un excès de carbone et par la surcharge qu'en éprouve l'appareil hépatique :

d'où les apparences du tempérament bilieux. Tout ce chapitre est plein d'intérêt au point de vue de la physiologie humaine comparée et de l'histoire des races. On n'en trouve pas moins, à d'autres titres, dans les détails que nous fournit M. Bertherand sur la polygamie et la prostitution, ces deux plaies de la société musulmane; sur l'ignorance à laquelle l'islamisme condamne les femmes; sur les croyances fatalistes, et sur la résignation qui fait le fond du caractère des Arabes, mise en regard de la placidité remarquable de leur système nerveux.

Quant à l'hygiène publique ou privée, elle leur fait entièrement défaut. Ainsi, quoique le Prophète ait presque élevé la propreté au rang d'une vertu, et que les bains et ablutions fassent partie des pratiques religieuses, rien de plus malpropre que le musulman de l'Algérie dans ses vêtements, dans son intérieur, dans toutes les habitudes de sa vie domestique.

Pour résumer notre pensée sur l'ouvrage de M. Bertherand, nous dirons que si l'on réunissait sur toutes les contrées du globe des recherches consciencieuses, des documents aussi complets, on aurait les éléments d'une anthropologie comparée, dont la haute importance ne peut pas plus échapper aux médecins doués de quelque esprit philosophique, qu'aux administrateurs qui comprennent quels immenses services la civilisation peut attendre de la médecine appliquée à l'amélioration des sociétés et au bien-être général. Pour ce qui est de la question africaine en particulier, opposer aux jongleries des marabouts, à la prétendue science des *toubibes*, et aux grossières superstitions empiriques, l'influence légitime de praticiens instruits, c'est resserrer des liens internationaux, c'est préparer la fusion des races. La France n'a pas seulement en Algérie des tribus à soumettre et à contenir, elle a une propagande morale à faire, et je ne sais rien de plus propre à faciliter cette tâche que l'ouvrage de M. Bertherand.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement de la grenouillette par l'extirpation du kyste. — Il y a déjà quelques années que M. Malgaigne a proposé un traitement de la grenouillette, qui ne nous paraît pas apprécié à sa juste valeur et qui fournit cependant des succès remarquables, même dans les cas où les autres méthodes de traitement ont échoué; nous voulons parler de l'extirpation du kyste. Nous empruntons au service de M. Malgaigne les deux observations suivantes, qui font connaître le

procédé opératoire suivi par le savant professeur, en même temps qu'elles témoignent hautement en faveur de cette nouvelle méthode de traitement de la grenouillette.

Garot (Jean-Charles), âgé de vingt-sept ans, fileur, est entré le 7 octobre dans le service de M. Malgaigne. Il y a quatre mois qu'il s'est aperçu de l'existence d'une petite tumeur située dans la bouche, au côté gauche du filet. Peu de temps après, elle a crevé spontanément, en donnant issue à un liquide citrin, filant, sirupeux, d'une saveur salée. Elle ne tarda pas à grossir de nouveau, puis creva encore pour reparaître ensuite, se vidant ainsi de temps en temps et s'étant ouverte, au dire du malade, une dizaine de fois dans l'espace de quatre mois. Mais à chaque récidive, la tumeur prenait un accroissement plus considérable ; enfin comme elle gênait beaucoup le malade, il vint à l'hôpital pour se faire opérer.

Pas de douleur, pas de gêne dans la parole. La tumeur, située à gauche du frein de la langue, atteint le volume d'une petite noix. Orifice des conduits de Warthon très-apparent.

Le 10 octobre, M. Malgaigne soulève avec une pince à dents la partie supérieure du kyste et l'incise avec les ciseaux. Il s'écoule un liquide jaunâtre, filant, sirupeux. Il saisit ensuite la paroi profonde du kyste, l'attire en haut, la détache circulairement avec les ciseaux et l'enlève en totalité. Pas d'hémorrhagie. (Gargarisme émollient.)

Le lendemain, le malade souffre un peu à l'endroit de la plaie; mais le 12, la douleur plus légère n'existe que dans la mastication. Le 13, le fond de la plaie commence à se couvrir de bourgeons charnus. Le 15, le fond de la plaie est remonté presque au niveau du plancher de la bouche ; elle est recouverte d'une couche blanchâtre. La douleur a tout à fait disparu. Le malade sort guéri le 16 octobre.

On voit ici combien l'opération a été simple. Le cas suivant montrera un léger péril à éviter, contre lesquels il serait d'ailleurs aisé de se prémunir, en respectant la petite portion du kyste qui recouvre les vaisseaux.

Emilie Barbier, âgée de trente-six ans, corsetière, entre à l'hôpital le même jour que le sujet précédent. Il y a de même quatre mois qu'elle s'est aperçue d'une petite tumeur dans la bouche, du côté droit du filet. Cette tumeur, qui ne lui causait ni gêne, ni douleur, s'est ouverte spontanément, il y a huit jours, en donnant issue à un liquide légèrement salé, jaunâtre et filant. L'ouverture s'est cicatrisée d'elle-même, mais la tumeur a reparu et la malade désire en être débarrassée.

La tumeur, située au côté droit du frein de la langue, est bleuâtre,

tendue, ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Les conduits de Warthon sont très-apparents de chaque côté. Pas de gêne dans la parole. Rien dans la région maxillaire.

Le 10, M. Malgaigne incise avec le bistouri la paroi supérieure du kyste, qu'il enlève par une incision elliptique dont le grand axe est antéro-postérieur. Il essaye ensuite de soulever avec des pinces le fond du kyste pour le disséquer; mais la mobilité des parties ne permettant pas d'opérer facilement avec le bistouri, il y substitue les ciseaux courbes et achève l'extirpation en quelques coups. Une petite artériole donne un peu de sang : elle est liée; mais un quart d'heure après, l'hémorrhagie reparaît. M. Malgaigne attire la langue en avant et la relève en haut; il ne peut parvenir à découvrir l'endroit d'où sort le sang. Le doigt est appliqué au fond de la plaie, pendant trois quarts d'heure; l'hémorrhagie continue. Le tamponnement avec la charpie, puis avec la charpie saupoudrée d'alun, avec l'amadou, la cautérisation avec le fer rouge, avec le perchlorure de fer n'empêchent pas le sang de couler. Enfin, après deux heures de tentatives, M. Malgaigne place dans la plaie un tampon de charpie imbibé d'une solution concentrée de tannin, un autre tampon est appliqué sous la mâchoire, pour offrir un point d'appui au plancher de la bouche, et l'on recommande à la malade d'appuyer le doigt sur le tampon placé dans la plaie. Cette compression, continuée pendant une demi-heure, arrêta enfin l'hémorrhagie.

Malgré cet accident, les choses n'en suivirent pas moins leur cours de la manière la plus favorable. Le 11, gonflement léger et douleur dans la région sous-maxillaire. Le 12, un peu d'empâtement; la douleur est plus violente, la déglutition plus difficile. (Gargarisme émollient, cataplasme.) Le 13, la douleur a presque disparu, ainsi que l'empâtement. Le 15, état très-satisfaisant; pas d'inflammation des parties environnantes. La plaie commence à se couvrir de bourgeons charnus. Le 19, la plaie est arrivée au niveau du plancher buccal. Le 22, la malade quitte l'hôpital; la cicatrisation est complète.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Allaitement. *Emploi de l'électricité localisée pour rappeler la sécrétion lactée.* Nous publions avec empressement le fait suivant, qui semble ouvrir à l'électricité, déjà si riche en applications médicales, un horizon en quelque sorte nouveau. Nous ne nous expliquons pas cependant comment l'excitation électrique a pu être pratiquée avec des intermittences rapides et un courant assez fort, sans causer la moindre douleur. Il faut

nécessairement qu'il y ait eu dans le mode d'application suivi par l'auteur de cette observation quelque chose de particulier; car l'excitation est, au contraire, extrêmement douloureuse aux seins, plus douloureuse même que sur les points les plus sensibles du corps. Nous devions faire cette réserve pour ne pas tromper ceux de nos confrères qui voudraient répéter cette application de l'électricité, et maintenant nous donnons la parole à l'auteur de cette observation, M. A. Aubert.

Une femme de vingt-six ans, mère de trois enfants, allaitait le troisième depuis onze mois et demi, lorsqu'il fut atteint d'une pneumonie double. Malgré le soin que l'on prit d'exercer plusieurs fois par jour la succion des seins, et bien que la mère prît assez de nourriture et d'exercice, le lait diminua graduellement, et quand le petit convalescent eut besoin de nourriture, il trouva les seins presque taris. Dès le 15 mars, il ne pouvait qu'à grand'peine amener quelques gouttes de lait; il n'y en avait plus traces le 17, non plus que les jours suivants. L'enfant refusait le biberon et la presque totalité des aliments légers qu'on lui offrait; il dépérissait à vue d'œil, faute de la nourriture qui convenait le mieux à son goût et à ses besoins. Le 20 mars, voyant cet état persister, M. Aubert voulut essayer la faradisation des seins et voir si ce moyen réveillerait la sécrétion complétement disparue depuis quatre jours. Il employa les excitateurs humides placés de chaque côté de chaque sein alternativement, et mettant en jeu le trembleur, qui produit des intermittences rapides, il augmenta progressivement la force du courant, de manière à produire de fortes vibrations, en évitant, toutefois, de faire contracter les pectoraux et de causer la moindre douleur. Au bout de quelques minutes, augmentation sensible de volume du sein droit; sensation d'un liquide qui circulait dans ce sein, mais ne rappelant pas la montée du lait. Rien de semblable à gauche. Vingt minutes de séance. Chaleur, mal à la tête et presque nausées à la suite. L'enfant a sucé quelques gouttes de lait deux fois sur trois qu'il a pris le sein. Le 21, séance de dix minutes, et avec le courant du premier ordre. Mêmes phénomènes que la veille, sans malaise. L'enfant a souvent pris le sein, et a toujours amené un peu de lait. Le 22 mars, le matin, les efforts de succion ont produit une légère montée de droite seulement. Séance de vingt minutes. Les sensations produites par les excitateurs ont lieu dans les deux seins avec plus de promptitude et d'intensité. Le 23 mars, l'enfant a pu teter davantage; il y a eu hier une montée de lait dans les deux seins et une autre plus prononcée ce matin. Les excitateurs étant placés l'un en dehors du sein droit, l'autre en dehors du sein gauche, les deux mamelles sont le siége d'une tension, comparée par la malade à celle qui précède la montée du lait qui, dit-elle, lui semble à chaque instant sur le point de se faire. Le 24 mars, il y a eu depuis hier deux montées bien complètes. Après la séance, l'enfant a pu teter, sans qu'il se soit fait de montée; elle avait réellement eu lieu pendant l'excitation électrique qui en avait modifié seulement la sensation. L'allaitement ainsi repris s'est continué avec la même facilité, sans nouvelle excitation faradique, et l'enfant, bien rétabli, a été sevré à la fin de mai. (*Union méd.*, septembre.)

Couperose (*Traitement de la*) *par l'iodure de chlorure mercureux.* Le traitement que vient recommander M. Rochart, et auquel il attribue une efficacité remarquable, a pour base un agent très-actif découvert par M. Boutigny, d'Evreux. C'est principalement à l'extérieur que M. Rochart fait usage de l'iodure de chlorure mercureux. La pommade, dont nous donnons plus haut la formule, est employée en frictions sur les surfaces malades, une seule friction par jour; on y revient pendant deux ou trois jours consécutifs, et on laisse, si l'on veut, dans l'intervalle les parties découvertes. Sous l'influence de ce médicament, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente; une poussée abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les points atteints par la maladie. A cette période d'excitation succède une période de calme, une sorte de détente, pendant laquelle les croûtes se détachent de la peau, tombent et laissent à nu une surface moins rouge, moins indurée. Une fois la surface détergée, une application nouvelle du topique produit une nouvelle poussée, de nouvelles croûtes, qui laissent après leur chute une surface encore moins gravement altérée que la première fois. Après un nombre variable de poussées, ainsi provoquées, la peau reprend entière-

ment son aspect habituel, sa texture normale. L'amélioration s'annonce par la diminution de l'énergie de la réaction. A mesure qu'on pratique de nouvelles frictions, les poussées sont de moins en moins vives, et il arrive enfin un moment où les frictions ne provoquent plus aucune sécrétion ; ce moment est habituellement celui de la guérison. Le traitement topique suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour amener en quelques mois le résultat désiré ; cependant il se montre aussi quelquefois insuffisant, et il est utile alors de lui associer l'iodure hydrargyreux à l'intérieur, soit en pilules (une à trois par jour), soit en sirop. On peut, d'ailleurs, associer à ce traitement l'emploi des moyens dont l'expérience a démontré l'utilité, les purgatifs et les amers. Nous n'ajouterons plus qu'une réflexion, mais qui a bien son importance, c'est que le médicament étant très-énergique, il faut en surveiller attentivement l'action, surtout celle des pilules, pour éviter tout accident. (*Moniteur des Hôp.*, n° 116.)

Entorse *simple : Manœuvres pour sa guérison immédiate.* Les bons effets de la pratique des rebouteurs, qui consiste en des massages, des frictions et des tractions exercées pendant un temps plus ou moins long sur les articulations affectées d'entorse simple sont un fait connu de tous. M. Bonnet, de Lyon, et Brulet, de Dijon, ont cherché à régulariser ces opérations, mais ils ne sont pas parvenus à fixer l'attention des praticiens sur leurs procédés. M. Lebatard serat-il plus heureux ? Nous le désirons. Il est temps que la valeur thérapeutique de ces manœuvres soit mise hors de doute par un ensemble d'études cliniques. M. Lebatard y convie ses confrères par la publication de vingt cas de succès obtenus en quelques mois. Avant de reproduire la manœuvre opératoire formulée par ce chirurgien, nous répéterons avec lui que ce procédé doit être mis en pratique seulement dans les cas où l'entorse est simple, lorsqu'il n'existe ni déchirure des ligaments ni fracture du péroné. Si ces désordres n'existent pas, il faut agir aussitôt, malgré l'épanchement et le gonflement partiel de l'articulation. Voici comment l'auteur décrit la mise en œuvre du procédé.

« Le malade, étant assis, tient la jambe blessée étendue, la plante du pied appuyée sur le genou de l'opérateur. Il est préférable qu'elle y soit fixée par les mains d'un aide. Si l'opérateur agit sur le pied droit, il en embrasse le talon dans la paume de sa main gauche, le bascule de bas en haut et d'arrière en avant, exerçant de la sorte une forte traction sur le tendon d'Achille. Le pouce de la main gauche s'étend autant que possible sur tout le gonflement tibio-tarsien, en cherchant à amener derrière la malléole externe tous les tissus qui en sont le siége. Il procède ainsi en maintenant la même position du membre et du talon, jusqu'à ce qu'il ait ramené à sa forme naturelle l'articulation, qui primitivement était tuméfiée. Le gonflement dissipé sous l'influence de cette forte pression dirigée du bord externe au bord postérieur de la malléole externe, le pouce de la main gauche exerce encore des pressions moins puissantes pour terminer l'opération et rendre au pied, sur sa face externe, sa forme naturelle. La main droite, agissant de concert avec la main gauche, sur le membre droit entorsé, exerce les mêmes mouvements que la main gauche, en contournant de la même façon la malléole interne. La main droite prêtant son appui à la main gauche, pour maintenir le talon dans la position susnommée, ramène le pouce de la racine du gros orteil au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et fait exercer à celui-ci des mouvements de va-et-vient de manière à détruire, par une pression simultanée avec le pouce gauche, le gonflement qui pourrait occuper la face interne du pied et de l'articulation. Lorsque la face dorsale du pied et de son articulation ont, par ces pressions rapides et successives, repris leur état normal, par l'absence de toute tuméfaction, l'opérateur saisit le talon par ses deux bords plantaires, et de la main droite il contourne l'extrémité inférieure de chacune des malléoles avec le médius et le pouce, dirige ceux-ci dans les rainures sous-malléolaires, et exerce à l'aide de ces deux doigts une forte pression de bas en haut, du calcanéum aux bords du tendon d'Achille jusqu'à l'extrémité inférieure du mollet. Il répète cette pression longitudinale jusqu'à ce que le membre ait repris sa forme primitive. Abandonnant cette traction sur le talon, en le maintenant toutefois dans la main gauche, l'opérateur exerce de la main droite sur la face dorsale du pied entorsé de fortes pressions, qui, dirigées de son extrémité inférieure à la supérieure, contournent l'articulation d'avant en arrière et

obliquement de chaque côté. Le pied, par cette manœuvre, retrouve sa forme primitive, et les douleurs déterminées par les différentes pressions cessent au fur et à mesure qu'on les exerce. Le malade peut aussitôt se chausser et marcher. Aucun appareil n'est absolument nécessaire, et le blessé reprend ses occupations le lendemain ou le surlendemain. La manœuvre faite sur le talon droit par la main gauche doit être exercée de la main droite sur le pied gauche. » — Ajoutons que dix-neuf observations très-concluantes rapportées par l'auteur viennent à l'appui d'une pratique qui n'est si peu employée que parce qu'elle est mal connue, et parce qu'elle est toujours restée entre les mains d'hommes ignorants et cupides.

Fièvres intermittentes *chez les enfants du premier âge; leur traitement par le sulfate de quinine en lavements.* On ne sait pas assez que les fièvres intermittentes peuvent se montrer chez les enfants du premier âge et revêtir chez eux les diverses formes qu'elles affectent chez l'adulte. Si la fièvre intermittente est simple, le danger n'est pas, en général, très-grand, et il est rare qu'après quelques accès la nature de la maladie ne finisse par être reconnue. Mais si la fièvre est pernicieuse, alors le danger est imminent, et pour peu que la maladie soit méconnue, la vie de l'enfant court les plus grands dangers. C'est pour cela qu'il importe de bien connaître la manière dont se comportent les fièvres intermittentes chez les enfants du premier âge. Dans une brochure très-courte, mais très-substantielle, M. le docteur Herpin, de Bréhémont, a donné une très-bonne description de ces fièvres.

Les quelques jours qui précèdent l'apparition de l'accès, dit-il, la mère s'aperçoit que son enfant est moins gai que d'habitude, criant sans motif, difficile à satisfaire en toutes choses; du reste, aucun changement dans l'exercice de ses fonctions. L'accès s'annonce par la pâleur du visage, le froid à la figure, aux mains, aux pieds, à toute la peau, avec horripilation, concentration du petit être et tremblement. Quelquefois toux quinteuse, régurgitation du lait ou des aliments contenus dans l'estomac. A cette première période de l'accès, l'enfant crie pour avoir le sein de sa mère, le prend avec plus d'impatience que de plaisir, se dépite lorsqu'on le lui ôte, et quand on le lui rend tete avec avidité, s'endort en pressant le bout du mamelon avec les lèvres et par intervalles seulement. La chaleur succédant à la période algide, la faim est vive pendant plusieurs heures, après lesquelles le front et les tempes se couvrent de sueur, l'enfant reprend sa gaieté, en attendant un nouvel accès. Les accès se succèdent périodiquement et à des heures fixes pendant plusieurs jours, sans inquiéter les parents qui attendent ou mieux espèrent après chaque accès voir cesser les accidents; mais après plusieurs jours d'attente, la fièvre augmente d'intensité, l'enfant s'affaiblit, et lorsque le médecin est appelé, il le trouve dans l'état suivant :

Peau des joues décolorée, pâle, couleur de cire; lèvres d'un rouge bleuâtre, sèches, gercées; narines sèches et poudreuses, dilatation des ailes du nez à chaque inspiration, paupières à demi-ouvertes, œil agité d'un mouvement de va-et-vient sans secousses, ce qui annonce un état de somnolence sans sommeil réparateur; le moindre bruit redresse la vue, l'enfant regarde avec inquiétude, s'agite et crie un instant, puis ses paupières retombent à demi, le globe de l'œil se renverse de nouveau et les paupières s'abaissent. Le corps de l'enfant est d'un blanc mat, maigre, la peau molle au toucher; les membres dans une résolution marquée; respiration précipitée, plaintive, suspirieuse par intervalles, entrecoupée de cris, haleine chaude; langue blanche, sèche ou humide, bilieuse et sale à la base, quelquefois rouge sur les bords; selles très-variables, nulles dans les cas simples, et lorsqu'elles sont fréquentes, tantôt noires, sèches, tantôt gluantes, d'un jaune verdâtre, ou bien, enfin, liquides, blanches, contenant des concrétions rappelant assez les aliments imparfaitement digérés, etc.

A ces graves accidents, comme aux plus simples, il n'y a qu'un seul moyen à opposer, le sulfate de quinine. Mais M. Herpin l'administre exclusivement en lavements, ce qui permet de ne déranger en rien le mode d'alimentation de l'enfant, qui continue de prendre sans répugnance le sein de la mère et les aliments les mieux appropriés à son état. Dans les cas simples, lorsque le tube digestif est sain, il administre en premier lieu un lavement laxatif avec 20 grammes de sulfate de soude pour 100 grammes d'eau chaude. Puis, lorsque les selles ont été produites, une demi-heure après la dernière, il fait

donner les lavements fébrifuges suivants :

Eau de son grasse... 200 grammes.
Sulfate de quinine... 1 gramme.

Administrer 30 grammes à l'aide d'une petite seringue d'enfant. Renouveler la même quantité de 30 grammes toutes les deux heures.

Le lendemain, avoir recours au même moyen ; mettre un intervalle de quatre heures entre chaque lavement.

S'il y a complication de flux diarrhéique, il ajoute trois gouttes de laudanum au lavement fébrifuge, qu'il rend plus épais en laissant bouillir l'eau sur le feu un peu plus de temps.

Ces lavements, de 30 grammes, sont donnés au moyen de la même seringue, et s'ils ne sont pas gardés, il ne faut donner qu'un demi-lavement; soit 15 grammes et même moins, toutes les deux heures et avec persistance, dans les cas où ils sont constamment et immédiatement rendus. Comme moyens adjuvants : vésicatoires aux jambes dans le cas de complication du côté du système nerveux ; vésicatoire sur la région de la rate, lorsque celle-ci est augmentée de volume.

Telle est l'efficacité de ce traitement, au dire de M. Herpin, que depuis douze ans, il n'en a pas eu besoin d'autre, non-seulement dans les fièvres intermittentes, simples ou pernicieuses, mais encore pour diminuer la violence de la fièvre et modifier la marche de la maladie dans plusieurs affections régnant sous forme épidémique, fièvres éruptives, bronchites capillaires, entérites, etc.

Gutta-percha (*Dangers de l'emploi des bougies de*). Nous avons été des premiers à signaler les dangers que peut présenter l'emploi des bougies de gutta-percha, lorsque ces bougies ne sont pas parfaitement préparées. Trois nouveaux faits de rupture de ces instruments dans la vessie nous paraissent devoir mettre les médecins plus que jamais en garde contre l'emploi de cette espèce de bougies. L'un de ces faits a été consigné par M. Cotton, dans le journal de l'Association médicale anglaise, et ce fait présente cela de particulier que, malgré l'insuccès des tentatives d'extraction faites avec divers instruments lithotriteurs, ces instruments n'en ont pas moins servi à débarrasser le malade du corps étranger, en ramenant chaque fois des débris de la sonde, de sorte qu'après une trentaine d'introductions des instruments la vessie était complétement débarrassée du corps étranger. Les choses se passèrent à peu près aussi favorablement dans le fait communiqué par le professeur Williams, à la Société de chirurgie d'Irlande, sauf que le canal de l'urètre n'étant pas libre, à cause d'un rétrécissement assez étroit, on crut devoir commencer par une dilatation assez rapide, et, chose curieuse, les fragments de la bougie s'engagèrent d'eux-mêmes dans le canal de l'urètre, derrière la bougie dilatatrice, en sorte que sans aucune opération, en trois semaines le malade avait rendu par débris le morceau entier resté dans la vessie. Dans le troisième cas, consigné par M. Amussat fils dans l'Union médicale, le fragment resté dans l'urètre occupait toute la portion de ce canal comprise entre le bulbe et le col de la vessie. Après avoir vainement essayé de l'extraire avec la pince de Hunter, il eut l'idée de se servir d'un lithotriteur d'enfant, qu'il parviut à glisser entre le canal et le corps étranger, en maintenant celui-ci dans sa position à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, et de cette manière il réussit à débarrasser le malade de son corps étranger.

Hernie inguinale *congénitale chez une petite fille d'un mois ; guérison complète par un bandage contentif.* Il est une circonstance dont on ne tient pas assez compte chez les enfants nouveau-nés, c'est la tendance de certaines ouvertures à se refermer après la naissance, si leur occlusion n'est pas encore opérée à cette époque de la vie. Bien connu pour l'anneau ombilical, ce fait l'est moins pour l'anneau inguinal, et l'on se préoccupe souvent beaucoup, par conséquent, de certaines hernies inguinales, tandis que de la connaissance de l'évolution de l'ouverture inguinale, on peut déduire la guérison d'une manière certaine, pourvu que l'on ne s'oppose pas au retrait en quelque sorte normal de l'ouverture, soit par la position donnée à l'enfant, soit en le laissant crier. Il va sans dire que l'emploi d'un bandage contentif, sans être nécessaire, facilite cependant beaucoup le retrait, en s'opposant à la sortie de la hernie ; mais à cette époque de la vie, il est rarement nécessaire d'employer autre chose qu'un brayer. Avec des précautions, cependant, on peut réussir, dans certains cas, à faire garder un bandage à ressort doux, comme on peut le voir dans le fait suivant,

qui montre en même temps que, chez les petites filles comme chez les petits garçons, la guérison des hernies inguinales congénitales peut être facilement obtenue en quelques mois par une simple contention.

Appelé au commencement d'octobre 1854, pour voir une petite fille âgée d'un mois, chez laquelle on avait reconnu l'existence d'une tumeur aux environs des organes de la génération, M. Quissac constata que cette tumeur, située du côté droit, sortait par l'anneau inguinal et arrivait jusque dans la partie inférieure de la grande lèvre correspondante. Son étendue de haut en bas était de 4 à 5 centimètres ; son plus grand diamètre, de 5 centimètres environ ; elle était formée par l'intestin, qu'on faisait rentrer avec la plus grande facilité dans l'abdomen, mais qui en ressortait tout aussitôt qu'on cessait de comprimer l'ouverture herniaire. M. Quissac voulut d'abord essayer le bandage sans ressort ; mais il dut bientôt y renoncer, attendu qu'il ne pouvait contenir la hernie, alors même qu'il était serré avec une force suffisante. M. Quissac eut alors recours à un bandage en gomme élastique et à ressort doux, et il eut la satisfaction de voir que, tout en exerçant une pression bien moins grande que le précédent, la hernie n'en était pas moins parfaitement contenue. Toutefois, pour éviter les inconvénients qui pouvaient résulter de l'application de ce bandage sur des parties molles aussi délicates que le sont celles d'un enfant d'un mois, M. Quissac eut la précaution de le recouvrir en entier avec de la ouate qui était changée toutes les vingt-quatre heures pour le corps du bandage, et toutes les six heures environ pour le sous-cuisse. La mère de l'enfant fut elle-même en état, au bout de quelques jours, non-seulement de s'acquitter de ces petits soins, mais d'appliquer parfaitement le bandage. A la fin du premier mois de ce traitement, lorsque le bandage était enlevé, la hernie se reproduisait tout aussitôt, mais on pouvait reconnaître que son volume avait déjà diminué de moitié : elle n'avait plus guère que 2 à 3 centimètres en hauteur. Un mois plus tard, la hernie ne formait plus qu'une toute petite tumeur, qui dépassait à peine l'anneau inguinal. Enfin quinze jours s'étaient à peine écoulés depuis cette dernière époque, qu'il n'y avait plus trace de hernie. La tumeur ne reparaissait plus, quelle que fût la position qu'on donnât à la petite fille. La guérison était assurée. On le lui a fait porter encore pendant deux semaines, par prudence ; et depuis plus de sept mois, rien n'est venu démentir la certitude d'une guérison radicale. (*Annal. clin. de Montpellier*, août.)

Noli me tangere (*Guérison spontanée du*) *à la suite de la rougeole*. En rapportant le fait qui va suivre, nous avons bien moins pour but de montrer l'influence exercée par les fièvres éruptives sur la résolution d'affections qui ont pour siége la peau, que de rendre aux médecins la confiance aux moyens thérapeutiques ordinaires contre le *noli me tangere*. C'est en lisant avec soin les auteurs des deux derniers siècles, que l'on est frappé des cas nombreux de cette dernière affection, guéris par des méthodes et des moyens divers. Il y a donc lieu de s'étonner que la chaîne de la tradition ait été entièrement rompue en ce qui touche cette maladie, et tout fait croire que des expériences tentées dans cette voie ancienne ne seraient pas sans quelques résultats. Voici, d'ailleurs, le fait de M. Buckmaster.

Un jeune garçon de quinze ans, de bonne constitution, fut admis à l'hôpital, ayant les ailes et les cloisons du nez ulcérées. Les bords de l'ulcère étaient épaissis et recouverts d'une excroissance molle; on voyait à leur surface de petites ouvertures, véritables trajets fistuleux ayant trois quarts de pouce à un pouce de profondeur. Membrane de Schneider enflammée et ulcérée, fournissant un liquide âcre qui excoriait les joues; face défigurée. Pendant deux ans, divers moyens, caustiques à l'extérieur, altérants à l'intérieur, avaient été employés sans succès, lorsque le malade fut pris de la rougeole et fut très-malade pendant quinze jours. A cette époque, l'ulcère avait complétement changé d'aspect, les bords s'étaient affaissés et des granulations de bonne nature occupaient le centre. Quinze autres jours après, la guérison était complète. — Nous avons conservé à cette observation le titre qu'elle porte dans la Presse médicale de Dublin, et cependant nous ne voulons pas dissimuler que l'auteur a probablement pris pour un *noli me tangere* un *lupus exedens* de la face. L'âge du sujet, la forme de l'ulcération et le fait de guérison d'un jeune homme atteint d'une maladie analogue, par l'administration de l'iode à l'intérieur, nous confirment encore dans ces doutes ; mais les réflexions

qui précèdent ce fait n'en conservent pas moins leur valeur. (*Dublin Med. Press.*)

Pessaire *de nouvelle forme (Emploi d'un prétendu) dans un cas de procidence de l'utérus.* Ce pessaire, prétendu nouveau, n'est autre qu'un pessaire à tige ordinaire, fixé par des rubans en avant et en arrière de l'abdomen à une ceinture hypogastrique, et l'on comprend, par conséquent, que nous n'en aurions pas parlé, si dans l'observation de M. Romero y Linaros, où il figure, l'auteur n'eût donné comme précepte de traiter par des pessaires de ce genre les procidences de l'utérus accompagnées d'hémorrhagies, et n'eût attribué à ces pessaires une efficacité qu'il faut rapporter exclusivement au repos dans le décubitus dorsal, aux injections astringentes, et peut-être à l'administration du seigle ergoté à l'intérieur, qui figurent dans le traitement suivi par sa malade. Nous ne voulons, du reste, d'autre preuve de l'inutilité de ce pessaire, que ce fait, à savoir que, après vingt-deux jours, le pessaire put être retiré sans inconvénient, et que le vingt-troisième, la malade put se lever et marcher sans souffrir. Ce n'est pas que nous voulions jeter de la défaveur sur les pessaires; nous les croyons, au contraire, fort utiles dans un grand nombre de cas, et les pessaires en caoutchouc vulcanisé nous paraissent avoir réalisé un véritable progrès; mais ce n'est certainement qu'avec une grande prudence que l'on doit en faire usage dans les cas de métrite chronique avec abaissement. L'absence d'accidents aigus, l'absence de douleurs vives, telles sont les indications qui doivent guider dans l'emploi des pessaires, et ce dont nous sommes surpris, c'est que la malade de M. Romero ait pu garder quelques heures seulement le pessaire à tige qui lui a été placé par ce médecin. En tout cas, on ne saurait comprendre l'emploi des pessaires comme traitement général de la procidence de l'utérus : les pessaires peuvent être une ressource utile, mais avant de les faire porter aux femmes, peut-être pour la vie, il faudrait s'être bien convaincu que l'on n'eût pas réussi par d'autres moyens, et l'observation de M. Romero prouve, au contraire, que la malade eût très-bien pu s'en passer. Si nous avons, d'ailleurs, parlé de ce fait, c'est bien moins à cause de son importance réelle que de la publicité qu'il a reçue, publicité qui pourrait engager quelques-uns de nos confrères à suivre l'exemple du médecin espagnol. (*El Siglo med.* et *Union méd.*, août.)

Rétrécissement *de l'orifice urétral. Procédé opératoire pour empêcher la coarctation de l'urètre après l'incision de cet orifice.* Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, un procédé ingénieux employé par M. Ricord pour prévenir la coarctation de l'urètre après l'amputation de la verge. Le même procédé a été mis en œuvre par M. Weber, de Bonn, pour une étroitesse congénitale de l'orifice urétral avec phimosis. Ce dernier ayant été opéré, on tailla sur la partie postérieure du gland un lambeau triangulaire de trois quarts de pouce de longueur, en faisant avec des ciseaux deux incisions divergentes, ayant pour point de départ commun l'orifice rétréci de l'urètre. Ce lambeau fut alors dénudé de son épiderme, replié sur sa base en dehors, de manière à rendre externe la face muqueuse, et fixé dans cette position par trois points de suture, probablement après avoir enlevé l'épiderme de la partie correspondante de la verge, sur laquelle le lambeau fut replié. Pour empêcher les bords des plaies latérales de se réunir à leur sommet, la muqueuse avait été renversée vers la peau extérieure et réunie à elle par un point de suture de chaque côté. La cicatrisation fut obtenue en majeure partie par première intention. Aucune sonde ne fut introduite pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie; mais on mit en usage un procédé fort simple et ingénieux : pour uriner, le malade trempa sa verge dans un vase rempli d'eau; de cette manière, l'urine était étendue au point de ne plus être irritante. Ce moyen est employé depuis longtemps dans des cas analogues par le professeur Wutzer.

Ce procédé appartient-il à M. Ricord ou à M. Weber? Ces deux chirurgiens en ont-ils eu tous deux l'idée chacun de leur côté? C'est une question qu'il nous importe peu de résoudre; mais nous n'avons pas voulu laisser tomber dans l'oubli une pratique très-simple et très-ingénieuse, qui s'applique aussi bien à l'urètre après l'amputation de la verge qu'au rétrécissement congénital du méat. (*Deutsche klinik*, n° 25.)

Tympanite *abdominale (Obs. de) ayant causé la mort par asphyxie.* En publiant le fait qui suit, nous avons

surtout pour but d'appeler l'attention sur les avantages et sur la nécessité de la ponction abdominale dans certains cas de tympanite. Nul doute que le chirurgien, si éclairé d'ailleurs, qui a rapporté cette observation, n'eût sauvé son malade s'il eût plongé un trocart dans l'abdomen, quel que fût d'ailleurs le siége des gaz, et nul doute aussi qu'il n'ait eu de vifs regrets de n'y avoir pas eu recours, lorsque l'autopsie est venue lui montrer que les intestins et le péritoine n'étaient ni enflammés ni perforés. Quoi qu'il en soit, le sujet de cette observation était un homme âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution forte et d'un embonpoint considérable, qui fut atteint, sans cause connue, d'un gonflement considérable du ventre, peu douloureux, mais accompagné d'une grande gêne de la respiration. Le pouls avait de la fréquence et était développé. Le visage était altéré, mais ne présentait pas cette altération profonde qui caractérise la péritonite; il y avait eu au début quelques vomissements, mais ils étaient arrêtés. Ces symptômes allèrent en augmentant d'intensité, malgré une application de sangsues et des frictions mercurielles, des drastiques à l'intérieur et en lavements, l'introduction d'une sonde dans le rectum, etc. La tuméfaction du ventre continua de plus en plus, la gêne de la respiration devint extrême, sans que le malade avouât de grandes souffrances, et la mort arriva par véritable asphyxie au septième jour de la maladie. Tous les moyens mis en usage n'avaient amené aucune évacuation. Avant de pratiquer l'autopsie, on constata que la circonférence du ventre mesurait 1m 31. Dès que les parois abdominales furent ouvertes, les gaz s'échappèrent avec violence et avec bruit; après leur sortie, les parois s'affaissèrent complétement. Les intestins et le péritoine, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ne présentaient aucun signe d'inflammation ou de perforation (*Journal de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, mai.)

VARIÉTÉS.

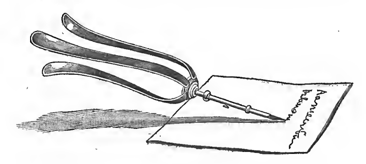
COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — APPAREIL PERMETTANT AUX AMPUTÉS DU POIGNET DROIT D'ÉCRIRE.

Nous aurons probablement avant peu l'occasion de jeter un coup d'œil sur les progrès accomplis dans les appareils prothétiques, progrès dont l'Exposition de l'industrie nous fournira plusieurs intéressants spécimens. Mais en attendant, nous ne voulons pas laisser passer inaperçu un appareil très-simple et très-ingénieux, dont la science est redevable à un de nos confrères connu par ses remarquables recherches sur certaines maladies de la main, M. le docteur Cazenave, de Bordeaux. Nous voulons en faire honneur à notre confrère, bien qu'il en rapporte lui-même l'invention à une personne étrangère à l'art de guérir; car celui-là seul est l'inventeur qui reconnaît les avantages d'une chose et les usages auxquels elle peut servir. Quoi qu'il en soit, cet appareil est destiné, ainsi qu'on peut le lire en tête de cet article, à permettre aux amputés du poignet droit d'écrire avec leur membre mutilé.

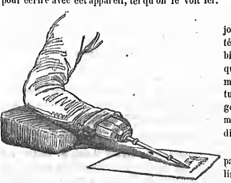
Peut-être cette invention paraîtra-t-elle superflue à quelques médecins qui penseront qu'avec du temps et une certaine éducation les amputés pourront toujours finir par écrire avec la main qui leur reste. Telle n'est pas cependant la réalité, et il n'est que trop vrai que certaines personnes, soit défaut d'aptitude, soit manque de persévérance, ne parviennent jamais à écrire convenablement avec la main gauche. Ce qui donne d'ailleurs un grand intérêt à l'appareil que nous fait connaître M. Cazenave, c'est que l'un des malades qui s'en sert aujourd'hui n'avait pu faire aucun usage utile des appareils prothétiques construits par les meilleurs fabricants d'instruments; or, ces appareils étaient tous très-compliqués et d'un prix très-élevé, tandis que celui de M. Cazenave, comme on

pourra en juger par la description et par la gravure que nous donnons ici, est d'une grande simplicité de construction et d'un prix qui le met à la portée des plus humbles fortunes.

L'appareil de M. Cazenave consiste en trois branches élastiques réunies par une large virole et se termine par une plume métallique, dont on varie l'inclinaison à volonté.



Pour se servir de ce porte-plume, on matelasse le tiers inférieur de l'avant-bras et le moignon, de façon à ce que les trois branches élastiques étreignent ces parties sans les gêner et à ce qu'elles ne jouent pas sur elles. Les choses étant ainsi arrangées, on place un coussin à plan incliné en avant sous le coude et sous l'avant-bras, puis le blessé s'exerce pendant quelques jours pour écrire avec cet appareil, tel qu'on le voit ici.



Après une vingtaine de jours d'exercice, les amputés écrivent presque aussi bien et à peu près aussi vite qu'avant l'accident. Seulement le caractère de l'écriture est plus ou moins changé, ce qui tient aux mouvements de totalité du moignon dirigeant la plume.

L'avenir dira si cet appareil a atteint les dernières limites du progrès en fait d'appareils prothétiques permettant aux amputés du poignet d'écrire avec leur membre mutilé; mais pour le moment, nous le constatons à regret, on n'a pu remédier à la perte de la main qu'au moyen de machines plus ou moins volumineuses et compliquées, alors que la mobilité, la direction facile des mouvements et surtout la possibilité de saisir sûrement et fortement les corps sont les seules conditions que l'artiste doit s'attacher à remplir. Un simple crochet, placé à l'extrémité d'un cône solide dans lequel l'avant-bras est reçu, suffit souvent à l'ouvrier pour remplacer sa main, pour exécuter ses rudes travaux, et nous avons même vu des personnes riches, pourvues des mains mécaniques les plus parfaites en apparence, revenir par goût et par nécessité au simple crochet. Ce cône solide, qui

emboîte l'avant-bras, d'ailleurs, comme nous l'avons vu chez un malade qui se trouvait il y a quelque temps dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, permet l'implantation d'une pince à deux branches élastiques avec lesquelles on peut tenir avec solidité et pendant longtemps un instrument quelconque. Le malade du service de M. Aran était employé à polir et à vernir les meubles; il plaçait entre les deux pinces le racloir, et, appuyant dessus avec la main gauche, il polissait les meubles avec plus d'habileté que les autres ouvriers et faisait dans un jour beaucoup plus d'ouvrage qu'eux.

Aux renseignements que nous avons donnés dans notre dernier numéro, sur l'état sanitaire de Paris et des départements, nous sommes heureux d'en ajouter de plus satisfaisants encore. A Paris, c'est à peine si quelques cas de choléra clair-semés viennent rappeler de temps en temps que l'influence épidémique n'est pas encore entièrement éteinte. Dans les départements, bien que sur quelques points l'épidémie ait encore une certaine importance, les renseignements que nous recevons nous la montrent partout dans une voie de décroissance marquée. A Marseille, dans le département des Basses-Pyrénées, où le choléra a fait de nombreuses victimes dans ces derniers temps, la diminution est très-rapide, et permet d'espérer, par conséquent, la disparition prochaine du fléau.

A l'étranger la décroissance du fléau n'est pas moins sensible. La Sardaigne, le Piémont et l'Espagne, qui ont été si cruellement atteints dans ces derniers temps, voient le choléra s'affaiblir et disparaître de jour en jour.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'une de nos plus grandes illustrations, M. Magendie. Notre illustre confrère est mort à l'âge de soixante-douze ans, des suites d'une maladie de cœur qui, depuis plusieurs mois, n'était qu'une lente et cruelle agonie. M. Magendie était membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, professeur de médecine au Collége de France, président du Comité consultatif d'hygiène publique, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc. Une foule nombreuse, composée de savants, de médecins et d'hommes éminents, se pressait au convoi du célèbre médecin et physiologiste, dont la science regrettera longtemps la perte.

Par suite du décès de notre regrettable collaborateur et ami, M. Valleix, des mutations nombreuses viennent d'avoir lieu dans le personnel des hôpitaux et hospices de Paris. M. Becquerel remplace M. Valleix à l'hôpital de la Pitié. M. Hérard est nommé médecin de l'hôpital Lariboissière, en remplacement de M. Becquerel; M. Moutard-Martin remplace M. Hérard à l'hôpital Saint-Antoine; et M. Bergeron passe de l'hospice La Rochefoucauld à la direction des nourrices. M. le docteur Sée est nommé médecin de l'hospice La Rochefoucauld.

M. le docteur Alexandre Mayer vient d'être nommé, par arrêté du ministre de l'intérieur, médecin adjoint de l'hospice impérial des Quinze-Vingts.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des salles d'aspiration à introduire dans les hôpitaux, comme moyen thérapeutique des affections chroniques des organes respiratoires.

Par M. Teissier, professeur adjoint de clinique interne à l'École de médecine de Lyon.

Depuis que je pratique la médecine, j'ai toujours été frappé d'un fait qui a très-probablement été remarqué déjà par un grand nombre d'autres médecins, c'est que les ressources de la thérapeutique pour les affections chroniques des organes respiratoires sont beaucoup moins nombreuses et moins efficaces pour les malades des hôpitaux que pour ceux des classes aisées de la société. Cette différence ne provient pas seulement des conditions hygiéniques qui ne sont pas les mêmes et qui, sans aucun doute, ont une grande importance ; mais elle dépend surtout de ce que les mêmes médications ne peuvent être mises en usage dans l'un et l'autre cas.

Je ne parle ici que des affections chroniques de l'appareil respiratoire, qu'on veuille bien le remarquer ; car mon assertion serait tout à fait inexacte, si elle s'appliquait aux maladies aiguës. J'estime, au contraire, qu'une bronchite, une pleurésie ou une pneumonie aiguës peuvent être traitées avec la même efficacité chez les pauvres qu'on soigne à l'hôpital que chez les riches qu'on traite dans les conditions de fortune les plus favorables. Les émissions sanguines, les préparations antimoniées, l'opium, les autres sédatifs, les dérivatifs enfin, suffiraient le plus souvent pour amener la guérison chez les uns comme chez les autres.

Mais il est loin d'en être ainsi pour les affections anciennes, telles que la laryngite et la trachéite chroniques, la bronchorrée, l'emphysème pulmonaire, l'asthme, la pneumonie chronique, la phthisie, etc. Si j'en juge par mes propres impressions, on ne peut, sans gémir, penser à l'efficacité si faible et si restreinte des traitements employés contre ces maladies, dans les établissements nosocomiaux, surtout quand cette impuissance contraste d'une manière vraiment douloureuse avec de beaux et légitimes succès obtenus assez souvent chez les gens riches, par d'autres moyens.

Je ne suis pas embarrassé pour fournir des preuves à l'appui de ce que j'avance. En effet, quelles sont les ressources dont nous disposons dans nos hospices, pour la guérison des maladies chroniques du larynx, de la trachée, des bronches ou des poumons? Ces ressources sont constituées exclusivement par de nombreux agents

pharmaceutiques que nous pouvons varier, il est vrai, de mille manières, à notre gré, mais qui presque toujours sont, je ne dis pas inefficaces, mais insuffisants. A coup sûr, nous sommes très-heureux d'avoir à notre disposition l'émétique, l'ipécacuanha, le polygala, la térébenthine, le baume de Tolu, la gomme ammoniaque, le soufre, l'huile de foie de morue, les eaux minérales, l'opium, la belladone, le datura, le phellandre, etc., etc., les vésicatoires, les cautères, les emplâtres stibiés, etc., etc. Personne ne reconnaît plus volontiers que moi les services que rendent tous les jours ces médicaments; mais il ne faut pas non plus se faire de décevantes illusions à leur égard. Leur action n'est pas suffisamment directe sur les organes affectés, c'est-à-dire sur les voies respiratoires; aussi les expectorants, les eaux minérales, les balsamiques et tous les calmants, administrés par l'estomac seulement, ne parviennent-ils presque jamais à triompher d'une laryngite ancienne ou d'un catarrhe pulmonaire invétéré.

Pour réussir et pour produire un effet vraiment curatif, il faut s'adresser à des agents dont l'administration soit plus en rapport avec la fonction naturelle des organes malades, qui pénètrent non plus par les voies digestives, mais par les voies respiratoires, et dès lors il faut recourir à l'emploi de substances qui puissent être administrées sous forme de vapeurs et de fumigations. Celles-ci ont la puissance de modifier d'une manière directe et topique les parties affectées et d'agir par l'exercice de leur propre fonction, chose essentielle dans le traitement de toutes les maladies chroniques, comme l'a si bien démontré M. Bonnet, de Lyon.

Mais les vapeurs et les fumigations, peut-on dire, sont d'un emploi très-fréquent dans les hôpitaux; à toutes les époques, on les a mises en usage contre les maladies de la gorge et des bronches, et depuis un quart de siècle, on a expérimenté successivement le chlore, l'oxygène, l'acide carbonique, l'arsenic, et tout récemment encore l'iode. Je sais tout cela et j'approuve beaucoup ces expérimentations récentes, qui démontrent un progrès véritable et qui témoignent que les médecins comprennent la voie dans laquelle ils doivent s'engager, pour arriver plus sûrement au succès. Mais ces fumigations dont la conception première est bonne, et qu'on retrouve indiquées dans Hippocrate, sont faites même encore aujourd'hui d'une manière vicieuse et sont plus souvent nuisibles qu'utiles. On a inventé, pour les appliquer, une multitude d'appareils très-ingénieux, mais qui ont tous, sans exception, l'inconvénient de faire arriver d'une manière trop immédiate et trop directe, dans le larynx

et dans les poumons, des vapeurs irritantes qui provoquent la toux, l'ardeur et la sécheresse de la gorge, des hémoptysies, etc.

J'ai fréquemment conseillé moi-même, dans ma pratique, ces fumigations faites à l'aide de tubes qui conduisent directement dans les organes de la respiration des vapeurs balsamiques, sulfureuses, iodurées ou autres, et presque toujours j'ai vu des inconvénients résulter de cette médication, dont cependant, je le répète, l'idée mère est excellente.

Mais si les fumigations faites ainsi avec des flacons à tubulure, ou bien avec des réservoirs munis de tuyaux, donnent des résultats si peu encourageants, il est cependant un mode d'administration qui les rend beaucoup plus utiles, sur la valeur duquel, grâce à l'initiative prise par M. Lallemand, l'expérience a déjà mille fois prononcé, qui est resté jusqu'à ce jour l'apanage des malades riches et dont il serait cependant bien facile de faire profiter les malades indigents, je veux parler de l'administration des vapeurs médicamenteuses, dans des salles d'aspiration semblables à celles qui existent dans les établissements d'eaux minérales, par exemple au Vernet, à Amélie-les-Bains, à Allevard, à Aix, pour les vapeurs de soufre; au Mont-Dore, à Saint-Alban, à Celles, pour l'acide carbonique; à Dié, à Crest, à Boquéron, à Lyon, pour les vapeurs de térébenthine, etc.

La respiration des vapeurs médicamenteuses, telle qu'elle se pratique dans ces établissements, a une action bien différente de celle qui est produite par les appareils dont nous venons de parler, sans en excepter les plus récents, comme celui de MM. Piorry et Chartroule, pour les fumigations d'iode dans la phthisie pulmonaire. Elles sont à la fois plus efficaces et plus innocentes. M. Lallemand a mis ces faits hors de contestation, en faisant vivre des malades pendant trois, quatre, six, huit et même douze heures par jour, dans une atmosphère sulfureuse, sans la moindre incommodité. Il a cité plusieurs cas de phthisie tuberculeuse avérés, qui ont été guéris par ce traitement; et on peut dire qu'il a introduit par cette médication une véritable révolution dans la thérapeutique des affections pulmonaires. Depuis lors, M. Niépce, à Allevard, a suivi les mêmes errements, ainsi que les médecins d'Aix, en Savoie, et ces médecins ont également obtenu de beaux et nombreux succès, qu'ils ont consignés dans leurs mémoires.

Aujourd'hui, il n'est certainement pas un seul praticien qui puisse citer un certain nombre de malades ayant été guéris, ou du moins très-soulagés par l'usage des salles d'aspiration.

Je pourrais, pour mon compte, exposer ici des observations on ne

peut plus concluantes de laryngite chronique avec aphonie, de bronchite chronique avec amaigrissement général et imminence de tuberculisation pulmonaire, qui, après avoir résisté à l'emploi le plus rationnel et le plus persévérant des agents pharmaceutiques, ont été guéris définitivement par les salles d'aspiration d'Allevard, d'Aix ou du Mont-Dore, ou même par celles d'air comprimé.

Il faut surtout avoir visité les établissements dont je parle pour être bien pénétrés de l'exactitude des faits que j'avance. Nous sommes à Lyon dans une position très-favorable pour étudier les effets des salles d'aspiration, car nous sommes près d'Allevard et d'Aix, où l'on envoie chaque année un grand nombre de malades affectés de laryngite, de bronchite chroniques, de phthisie pulmonaire, etc., pour y respirer des vapeurs hydrosulfureuses : nous ne sommes pas éloignés de Saint-Alban (Loire) et de Celles (Ardèche), où MM. Gouin et Barrier traitent les mêmes affections par l'usage des inspirations de gaz acide carbonique ; de Die, de Crest, de Boquéron, où existent depuis quelques années des établissements très-bien organisés, de bains de vapeurs térébenthinées qui ont déjà rendu d'importants services, comme on peut s'en assurer par la lecture des mémoires de MM. Chevandier, Benoît et Rey. Aux portes de Lyon, à l'établissement hydrothéraptique de Serin, des bains de vapeurs térébenthinées ont été créés, il y a un an à peine, et déjà ces bains ont fonctionné d'une manière utile. Mais surtout nous pouvons observer sur une grande échelle les avantages vraiment précieux des salles d'air comprimé, car c'est au milieu de nous que Pravaz, notre confrère si regretté, a fondé le premier établissement médical de ce genre qui ait fonctionné régulièrement, et depuis cette époque, cette méthode de traitement a pris une telle extension, qu'un second établissement, qui jouit également d'une grande vogue, a été créé à Lyon, et que chaque jour, hiver comme été, de nombreuses personnes affectées d'aphonie, d'asthme, de coqueluche, de catarrhe pulmonaire, viennent chercher dans ces bains d'air une guérison, ou du moins un soulagement que les agents pharmaceutiques n'ont pu leur procurer.

Mais d'ailleurs, il n'est pas rigoureusement nécessaire de connaître les établissements que nous venons d'énumérer, pour se convaincre de l'utilité qu'on retire, dans les affections chroniques des organes respiratoires, en plaçant les malades dans une atmosphère imprégnée de vapeurs médicamenteuses, et de la supériorité de cette méthode sur les fumigations directes, faites à l'aide de tuyaux qui conduisent directement le remède dans la gorge et dans les bronches. Tous les médecins peuvent faire cette observation avec la plus grande

facilité, et beaucoup l'ont faite déjà ; car plusieurs des auteurs qui nous servent de guides ont formellement donné le conseil de procéder ainsi. MM. Trousseau et Pidoux, dans l'article qu'ils ont consacré à l'emploi des substances balsamiques dans les phlegmasies subaiguës ou chroniques du larynx et des bronches, s'expriment en ces termes : « Ces fumigations se font, soit en projetant sur des charbons ardents une certaine quantité de baume de Tolu, et en remplissant ainsi de vapeurs l'espace où se trouve le malade, soit en faisant dissoudre quelques grammes dans de l'eau bouillante et en respirant les vapeurs qui s'en dégagent, au moyen d'un flacon à deux tubulures ; nous préférons le premier mode d'administration, parce qu'il est moins fatigant et surtout que le malade peut se tenir des journées entières enveloppé d'une atmosphère balsamique. » J'estime que ces auteurs, tout en mentionnant leur préférence, n'insistent pas assez sur les motifs qui déterminent leur choix, sur l'opposition qui existe entre les deux méthodes, sur les avantages de l'une, et sur les inconvénients de l'autre. Il est incontestable que des laryngites chroniques et des catarrhes pulmonaires qui avaient été exaspérés par l'usage des fumigations directes faites avec des tubes ont pu être guéris sans fatigue par la respiration, pendant plusieurs heures chaque jour, d'un air dans lequel le remède était divisé à l'infini. Pour moi ce fait, que j'ai observé plus d'une fois, est hors de doute.

J'ai fait respirer, en suivant cette méthode, non-seulement des vapeurs de benjoin et de tolu, mais encore des vapeurs de bourgeons de sapin, de goudron, d'arsenic, d'iode, etc., et je n'hésite pas à affirmer qu'elle est préférable, par son innocuité et par sa commodité, à toutes celles qui exigent l'emploi d'appareils spéciaux petits ou grands. Dans ces derniers temps, on s'est ingénié pour faire des cigarettes iodées et arsenicales ; je les rejette également sans regret et les enveloppe dans la même proscription.

Pour faire aspirer des vapeurs iodées, sans courir le risque de produire un effet trop irritant sur la muqueuse du larynx ou des bronches, le meilleur moyen, sans aucun doute, consiste à placer près du lit du malade, sur une soucoupe ou sur une assiette très-légèrement chauffée, un fragment de 60 à 80 centigrammes d'iode, qui se volatilise légèrement et se répand ainsi dans l'atmosphère de la chambre.

Si l'on veut soumettre un malade à des fumigations arsenicales, le procédé est tout aussi simple. Il suffit de placer 40 ou 50 centigrammes d'acide arsénieux dans une capsule de porcelaine, que l'on chauffe sur des charbons ou bien avec une lampe à esprit-de-vin.

L'acide arsénieux se volatilise, produit une vapeur blanchâtre, qui se répand dans l'air de l'appartement du malade. Celui-ci se trouve ainsi plongé dans une atmosphère arsenicale, où il respire sans aucune fatigue, et il peut y vivre toute une journée sans éprouver le moindre malaise.

Je ne parle de ces faits que parce que je les ai vus et observés, et que j'en ai déjà étudié les effets physiologiques et thérapeutiques.

Ainsi, les documents se pressent en foule pour montrer que la manière la plus commode et en même temps la plus efficace de faire pénétrer des vapeurs médicamenteuses dans les voies aériennes consiste à plonger les malades dans une atmosphère imprégnée de ces vapeurs, et qu'on peut, en modifiant l'air qu'ils respirent, les guérir d'affections extrêmement graves, capables d'entraîner la mort et ayant déjà résisté aux agents pharmaceutiques les plus sûrs et les mieux administrés. Ainsi se trouve accomplie la révolution thérapeutique qu'avait tentée M. Lallemand en créant des salles d'aspiration dont les bienfaits se multiplient tous les jours.

Mais ces applications nouvelles de la méthode fumigatoire n'ont pas encore franchi le cercle des classes riches de la société, et les malades des hôpitaux n'en ont pas encore ressenti les heureux effets. Ce progrès thérapeutique ne peut et ne doit pas rester aux portes de nos établissements nosocomiaux, et c'est aux médecins qu'il appartient d'élever la voix pour qu'il y pénètre. La tâche me paraît d'ailleurs devoir être facile ; car je ne vois aucun obstacle sérieux qui puisse s'opposer à la création des salles d'aspiration dans ces établissements.

Les administrations d'assistance publique, dont tout le monde connaît le zèle et l'esprit de charité, s'y prêteront volontiers, du moment qu'on les aura persuadées que ce moyen thérapeutique n'est plus à l'état d'essai, et qu'il est aujourd'hui sanctionné par l'expérience.

Et quant à l'organisation de ces salles d'aspiration, rien ne serait plus facile ; car il suffirait de construire deux chambres un peu vastes, entourées de gradins, dans lesquelles on ferait pénétrer par la partie inférieure et échapper par la partie supérieure, dans l'une des vapeurs sulfureuses, et dans l'autre des vapeurs de térébenthine ou de goudron. Il est bien entendu que ces salles devraient être construites de manière à pouvoir y établir une ventilation satisfaisante et à pouvoir en varier la température. Mais il serait facile de satisfaire à toutes ces exigences, en prenant pour modèles les salles d'aspiration qui existent au Vernet, au Mont-Dore et à Allevard.

En résumé, les salles d'aspiration constituent évidemment un des progrès les plus utiles de la thérapeutique moderne, dans le traitement des affections chroniques des organes respiratoires. — Elles ont déjà rendu de nombreux et incontestables services et sont appelées à en rendre de bien plus nombreux encore, car les classes riches seules, celles qui fréquentent les eaux minérales, en connaissent les bienfaits, et cependant rien n'est plus aisé que d'y faire participer les pauvres. Il suffit pour cela de créer une ou deux chambres d'aspiration dans chaque établissement nosocomial. La création de ces salles me paraît aussi utile pour les maladies anciennes de l'appareil respiratoire que l'existence des cabinets de douches pour les rhumatismes. Il y a plus, c'est que non-seulement au point de vue médical on en retirerait de grands avantages, mais encore au point de vue administratif et purement économique, on pourrait guérir ou soulager, à l'aide d'une médication très-simple et peu dispendieuse, des maladies dont le traitement, dans les conditions où nous sommes aujourd'hui, exige l'emploi d'un grand nombre de remèdes, qui pourraient être avantageusement remplacés par l'usage des salles d'aspiration.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'injection de la liqueur iodo-tannique dans les varices.

Par M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Suite et fin [1].

Voyons actuellement les faits qui servent de base à tout ce que je dis sur le traitement des varices par le nouveau moyen. Qu'ils soient insuffisants pour juger la question, je l'accorde, mais ils n'en contiennent pas moins, malgré leur petit nombre, un enseignement utile et donnent un motif sérieux de poursuivre les investigations.

Obs. I. *Ulcère calleux; — varices volumineuses; — injection de cinq gouttes de liqueur normale; suites simples; — oblitération de 32 centimètres de la veine; — cicatrisation rapide de l'ulcère; — disparition des varices.* — George Borgey, quarante-huit ans, terrassier, porte à la *jambe gauche* des varices peu volumineuses depuis cinq ans, et, de plus, un ulcère, suite de coup, datant de quinze jours.

L'ulcère, situé en dedans, vers le tiers inférieur de la jambe, est petit, à bords calleux, à fond rouge brun, tacheté de points jaunâtres. La peau de cette région, sur toute la circonférence, et des malléoles au tiers moyen du membre, est violacée, lie de vin et noirâtre par plaques.

---

[1] Voir le numéro précédent, page 304.

Les *varices*, à partir de l'ulcère, sillonnent la face interne de la jambe, en y formant deux groupes irréguliers et tortueux; puis, vers la patte d'oie, tout se résume dans la saphène interne qui, le long de la cuisse, est aussi bosselée, variqueuse.

Etat général bon. — Le 7 juillet 1854, *injection de cinq gouttes de liqueur iodo-tannique normale* dans les varices les plus apparentes à mi-jambe.—Compression au-dessus et au-dessous du point injecté durant un quart d'heure, passé quoi le caillot n'est pas encore sensible; c'est à peine si le soir on commence à le distinguer au milieu des tissus. (Pansement avec des compresses imbibées d'eau blanche. — Bouillon, boissons émollientes. Pot. Diacode.)

Le 8, durcissement et gonflement de la veine sur un trajet de 32 centimètres, 16 centimètres au-dessus de la piqûre et autant au-dessous. Léger engorgement des tissus voisins; rougeur et sensibilité de la partie.

Pouls à peine fébrile; langue blanchâtre; peau moite; un peu d'inquiétude morale. (Cataplasmes de farine de lin laudanisés, renouvelés cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.)

Le 11, la rougeur, la chaleur et la sensibilité locales ont diminué. L'engorgement périphérique est moindre et le caillot plus isolé. On le sent irrégulièrement cylindroïde et long toujours de 32 centimètres.

Etat général très-bon. Le léger mouvement fébrile des premiers jours s'est calmé du troisième au quatrième; l'appétit est promptement revenu et le malade a repris son régime.

Le 17, plus d'inflammation. Résolution de l'engorgement périphérique. La veine oblitérée est sous forme de cordon assez mince, résistant, de consistance fibroïde.

Le 30, les suites de l'opération n'ont cessé d'être simples jusqu'à ce jour; car on ne saurait regarder comme une recrudescence inflammatoire les quelques douleurs que le malade a ressenties les premières fois qu'il s'est levé.

La veine oblitérée s'est resserrée de plus en plus, si bien qu'aujourd'hui, sur toute la longueur du caillot (32 centimètres), ce n'est plus qu'un petit cordon qui roule sous le doigt.

Disparition des varices. — Santé parfaite. — Sur sa demande, *exeat*.

Obs. II. *Varices compliquées d'ulcère; — injection de six gouttes de liqueur normale; — suites simples; — oblitération de la veine du tiers inférieur de la jambe à mi-cuisse* (45 *centimètres*); — *Cicatrisation de l'ulcère;— Disparition de varices.* — Jean-Baptiste Germain, cinquante-deux ans, berger, est atteint de varices à la *jambe gauche* depuis quinze mois et d'un ulcère venu, il y a cinq semaines, à la suite d'un coup.

L'ulcère, situé sur la malléole interne, est large comme une pièce de deux francs et fournit peu de pus; il est rond, à bords légèrement déprimés, à fond rougeâtre, inégal et semé de points jaunâtres. La teinte des tissus ambiants est violacée près des bords; plus loin, elle est bleuâtre. Toute la région inférieure du membre est recouverte çà et là de squammes sèches, minces, qui tombent sous la pression du doigt.

Le paquet principal des *varices* apparaît au voisinage de l'ulcère, remonte sur la face interne de la jambe, où il se renfle à la partie moyenne en ampoule de 6 à 7 millimètres; et finalement, il se continue avec le tronc de la saphène interne. Sur d'autres points du membre se dessinent encore des ramifications veineuses, mais trop irrégulières pour se prêter à une description nouvelle et surtout trop petites pour mériter une mention à part.

Le 29 juillet 1854, *injection de six gouttes de liqueur normale*, près de la tubérosité tibiale interne. (Pansement à l'eau blanche. — Repos. Bouillons.)

Le 30, le caillot, peu sensible hier soir, se perçoit aujourd'hui de l'ulcère à mi-cuisse, c'est-à-dire sur une longueur d'environ 45 centimètres, quoiqu'un peu d'engorgement périphérique en amoindrisse la saillie. La peau, parallèlement au caillot, et sur une largeur de 3 à 4 centimètres, est rouge, chaude, sensible à la pression. Le malade souffre un peu, même le membre étant au repos ; les mouvements, à plus forte raison, sont gênés et pénibles. La langue est blanche ; le pouls assez fort et fréquent. Insomnie, mais sans agitation. (Cataplasmes émollients fréquemment renouvelés. — Bouillon. Repos.)

Le 1er août, l'inflammation diminue : le gonflement s'affaisse, la peau se plisse ; la sensibilité est moins vive. Pas de fièvre. Etat général bon ; sommeil; appétit. (On continue les cataplasmes. — Un quart de régime.)

Le 3, l'ulcère s'est modifié et donne encore moins de suppuration que par le passé. L'inflammation est presque nulle et la douleur a totalement disparu. Le caillot plus isolé, déjà bien revenu sur lui-même, se sent à merveille du tiers inférieur de la jambe jusqu'au milieu de la cuisse. (Même pansement. Demi-régime.)

Le 21, les suites de l'opération, jusqu'à ce jour, n'ont cessé d'être simples. La rougeur et la sensibilité le long du caillot se sont éteintes complétement vers le huitième jour ; le gonflement périphérique s'est dissipé, et, depuis lors, le caillot, isolé et roulant, s'est resserré tous les jours, jusqu'à n'être plus qu'un petit cordon fibroïde, étendu du tiers inférieur de la jambe à la cuisse, sur un trajet de *quarante-cinq centimètres*. L'ulcère, de son côté, est arrivé à cicatrisation complète ; les squammes épidermiques circonvoisines se sont détachées, et la peau de cette région, perdant sa teinte violacée, par places limitées d'abord, et plus tard sur de plus larges espaces, a repris une coloration beaucoup plus naturelle. Pas le plus léger accident ; pas un instant d'appréhension. Depuis longtemps, Germain se lève et marche fort aisément.

Disparition des varices. — Sur sa demande, *exeat*.

Obs. III. *Varices volumineuses occupant la jambe et la cuisse ; — injection de cinq gouttes de liqueur normale ; — suites simples ; — oblitération de 30 centimètres de la veine ; — disparition des varices.* — Jean Nizou, trente-neuf ans, forgeron, a, depuis dix ans, le *membre droit* sillonné de nombreuses varices appartenant à la saphène interne.

A la *jambe*, le plus volumineux des faisceaux variqueux commence vers la malléole interne, remonte le long du tibia, sans trop de flexuosités, et reçoit, près de la patte d'oie, plusieurs faisceaux plus ou moins importants. L'un entre autres, flexueux et très-irrégulier, se voit à la région antérieure, qu'il traverse en sautoir au-dessous du genou, pour aboutir au faisceau principal dans le point indiqué.

A la *cuisse*, la varice est unique, assez bien rectiligne : c'est le tronc de la saphène interne, que son calibre et ses nodosités rendent visible jusqu'à son embouchure.

Les ganglions inguinaux sont un peu engorgés, mais sans douleur et sans inflammation. L'état général est d'ailleurs assez bon ; et les varices, à l'en croire, l'empêcheraient seules de pouvoir travailler.

Le 18 septembre 1854. *Injection de cinq gouttes de solution iodo-tannique*

normale au niveau du genou. (Applications d'eau blanche. — Réduction de régime.)

Le 19. Le caillot, peu sensible hier soir, se perçoit aujourd'hui, mais peu saillant, mal limité et comme perdu dans les tissus.

Rougeur sur le trajet de la veine, s'arrêtant à mi-cuisse et s'irradiant à la jambe suivant les ramifications. — Pas de réaction fébrile prononcée : peau normale; langue blanchâtre. (Catapl. laudanisés. — Bouillon. — Repos.)

Le 20. Rougeur plus vive et plus disséminée Gonflement peu marqué, mais large, diffus, au sein duquel disparaît le caillot. Sensation pénible, même le membre étant au repos; douleur à la pression. — Fièvre modérée; langue blanche; nuit un peu agitée. (*Ut suprà.*)

Le 21. La rougeur et la douleur sont moindres; la fièvre s'est calmée; l'état général est bon. (Même pansement. Potages.)

Le 23. Le gonflement de la région ayant diminué, la veine se perçoit dure et gonflée, au-dessus et au-dessous du point d'injection, dans une étendue totale de 30 centimètres. La rougeur est encore apparente, mais la douleur est nulle.

État général très-bon. Appétit. (Quart du régime. Topiques émolliens fréquemment renouvelés.)

Le 4 octobre. Insensiblement la peau est revenue à son état normal, passant par la coloration rouge brun et la nuance rosée, indices de résolution progressive.

La seule particularité, sans importance aucune, que je doive noter, c'est une petite auréole bleuâtre, survenue autour de la piqûre.

Le caillot, complètement dégagé de l'engorgement périphérique, s'est montré sous forme d'un cordon dur, assez volumineux d'abord, qui, plus tard, a diminué jusqu'à devenir, en durcissant toujours, assez petit et de consistance fibroïde. Et, chose rare, à son extrémité inférieure, il est bifurqué, s'étant propagé de quelques millimètres dans deux veines anastomosées.

Ainsi, une seule injection a suffi pour oblitérer 30 centimètres de veine sans occasionner le plus léger accident. — Les suites locales, de même que l'état général, n'ont jamais inquiété; l'appétit est excellent; les forces n'ont subi aucune déperdition; la marche s'exécute sans douleur.

Disparition des varices. — *Exeat.*

M. le docteur Verneuil, professeur agrégé de Paris, a constaté, dans sa visite à Lyon, le résultat de cette opération, tel qu'il vient d'être dit.

Obs. IV. *Varices compliquées d'ulcère; — injection de cinq gouttes de liqueur normale; — suites simples; — oblitération de la veine du tiers supérieur de la jambe au pli de l'aine* (*55 centimètres*); *— disparition des varices.* — François Gagnou, cinquante et un ans, journalier, vient à l'hôpital pour des ulcères et des varices au *membre gauche.*

Les *ulcères*, situés près de la malléole interne, sont inégaux en dimensions : l'un petit, l'autre large; tous les deux avec des bords irréguliers, calleux, plus élevés que le fond, et entourés, jusqu'à une assez grande distance, d'une peau rouge-brune, lisse, adhérente.

Les *varices* naissent au voisinage de l'ulcère; elles sont à la *jambe*, d'abord flexueuses, irrégulières, puis, en approchant du genou, elles deviennent à la fois plus droites et plus grosses. — A la *cuisse*, la saphène interne, qui reçoit les faisceaux précédents, est volumineuse, renflée çà et là en ampoule, mais pourtant son trajet est assez rectiligne.

Le 11 septembre 1854. *Injection de cinq gouttes de liqueur iodo-tannique normale*, au niveau de la tubérosité tibiale interne.

Le 12. Rougeur et sensibilité le long de la saphène interne ; gonflement qui masque le caillot. Langue à peine blanchâtre ; pouls normal ; pas de fièvre. Etat général bon.

Le 13. Le coagulum, plus apparent qu'hier, s'est allongé au point d'avoir une longueur totale de 40 centimètres, appartenant par moitiés égales à la jambe et à la cuisse. Diminution de la douleur et du gonflement. Pas de fièvre.

Le 16. La rougeur et le gonflement sont moindres ; la douleur est nulle. Le coagulum se dessine mieux. Etat général très-bon.

Le régime, diminué les premiers jours qui ont suivi l'opération, est graduellement ramené aux trois quarts. — Les cataplasmes émollients sont encore renouvelés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. — Repos.

Le 6 octobre. Jusqu'ici, le petit ulcère s'est fermé ; le grand s'est modifié et rétréci, mais il n'est point encore cicatrisé.

Le caillot a diminué graduellement, en prenant plus de consistance ; si bien qu'il est aujourd'hui sous forme de cordon dur, très-sensible du tiers supérieur de la jambe à mi-cuisse. Plus haut, il est moins gros, moins dur, moins sensible, pourtant il est formé ; et, de l'avis de M. le docteur Verneuil, professeur agrégé de Paris, qui a vu ce malade, il existe jusqu'à l'embouchure de la grande saphène.

Voilà donc une veine oblitérée, sans le moindre accident, du tiers supérieur de la jambe au pli de l'aine, c'est-à-dire sur une longueur totale de 55 centimètres, à la faveur d'une seule injection de cinq gouttes de solution normale.

François Gagnou, pressé par des affaires, veut partir avant la cicatrisation complète de l'ulcère. Depuis plusieurs jours il se lève et marche facilement sans que les varices reparaissent. — *Exeat.*

Obs. V. *Varices très-flexueuses compliquées d'ulcère ; — deux injections de liqueur iodo-tannique normale, cinq gouttes chaque fois ; — suites simples ; — oblitération de 9 centimètres de la veine ; — traitement incomplet ; — cicatrisation de l'ulcère ; — disparition des varices.* — François Perrin, quarante-un ans, domestique, a vu survenir à la *jambe droite*, dans son tiers inférieur, il y a trois semaines, un *ulcère* large comme une pièce de cinq francs. Déjà, dit-il, quatre ans auparavant, il avait eu dans cette région une plaie, qui avait mis deux ans à se cicatriser, à la suite de quoi la peau était restée lisse, tendue et rouge brun.

Ce n'est point tout encore : la jambe est couverte d'énormes et nombreuses *varices*, dues aux ramifications de la saphène interne ; varices dont le faisceau principal sillonne la face jambière interne de flexuosités anguleuses et serrées. A ce premier paquet en aboutissent d'autres, parmi lesquels un seul, en dehors du tibia et parallèle à cet os, mérite une mention à part.

Le 11 septembre 1854, on se met en devoir de pratiquer une *injection de cinq gouttes de liqueur iodo-tannique normale* ; mais il est probable que la liqueur est tombée dans le tissu cellulaire ; car, après avoir un peu retiré l'instrument, poussé trop loin, on voit se former un thrombus dont le volume croît après que l'injection est terminée et avant que la canule soit sortie : preuve que la division de la veine est restée béante.

Quoi qu'il en soit, tout se passe fort simplement : le caillot se forme avec un peu d'inflammation locale, sans toutefois réaction générale ; puis, au bout de

cinq à six jours, il commence à diminuer; il se durcit, et, plus tard, il finit par n'avoir que de faibles proportions. Le résultat ici me paraît incomplet.

Le 26 septembre, *nouvelle injection de cinq gouttes de liqueur normale* au niveau du genou.

Le 27. Hier soir, il n'y avait encore rien de bien apparent. — Ce matin, pas de douleurs, un peu de chaleur et de rougeur au point injecté. On y sent une induration diffuse, plus prononcée suivant le trajet de la veine, mais encore impossible à bien délimiter.

Réaction fébrile insignifiante. (Cataplasmes émollients. Potages.)

Le 2 octobre. La douleur s'est calmée au troisième jour; jamais elle n'avait été vive. La rougeur et le gonflement ont graduellement disparu, laissant en quelque sorte le caillot isolé. Il est aujourd'hui globuleux, irrégulièrement ovoïde, long de 9 *centimètres* sur 6 centimètres de large.

Le 17, le caillot est resserré, dur, de consistance fibroïde, ayant toujours 9 centimètres de long La peau qui le recouvre est redevenue naturelle, si ce n'est autour de la piqûre, où existe une petite auréole bleuâtre.

L'ulcère, durant ce traitement, est arrivé à cicatrisation complète, et, du même coup, la peau de la jambe, au tiers inférieur, a perdu de sa teinte rouge brun pour prendre un aspect plus normal.

Les varices ont diminué, mais n'ont point entièrement disparu ; il faudrait, pour avoir un résultat complet, pratiquer plusieurs nouvelles injections que le malade refuse, très-satisfait qu'il est du résultat obtenu. *Exeat.*

M le docteur Follin, professeur agrégé de Paris, a vu ce malade, alors que le caillot offrait la plupart des caractères mentionnés à la fin de cette observation.

Obs. VI. *Varices grosses et très-flexueuses rendant le travail impossible ;— trois injections séparées de liqueur normale (cinq gouttes chaque fois) ; — caillots peu étendus; — suites simples; — traitement incomplet; — grande amélioration.* — Guillaume Gilbert, trente-deux ans, boulanger, souffre depuis six ans de grosses varices irrégulières, très-flexueuses, qui sillonnent la face interne de la jambe et le mollet. Elles naissent au bas de la jambe, par des ramifications d'abord peu apparentes sous la peau de cette région, qui est rouge brun, recouverte de plaques épidermiques et marquée des cicatrices d'un vieil ulcère. Mais, en remontant, elles grossissent vite; et finalement, groupées en deux faisceaux, l'un interne et l'autre postérieur, elles se jettent dans la saphène externe.

Au moindre travail les varices deviennent énormes; la jambe se congestionne, il survient de la douleur; la fatigue exige le repos. Du reste, constitution robuste; état général bon.

Trois injections de liqueur iodo-tannique normale (cinq gouttes chaque fois), pratiquées :

La *première* au niveau de la patte d'oie (10 octobre 1854);

La *deuxième*, près du creux poplité (23 octobre) ;

La *troisième*, vers le lieu d'élection de la jambe (2 novembre).

Ces trois opérations, à quelques différences près, ont suivi une marche identique.

Ainsi le caillot, à peine appréciable le soir, est devenu plus apparent le lendemain, bien que dissimulé par un léger engorgement périphérique. En même temps, rougeur de la peau, un peu de sensibilité à la pression et de gêne dans les mouvements. Ces légers accidents, jamais accompagnés de véritable fièvre,

mais seulement d'un peu d'inappétence, de malaise et d'accélération du pouls, ces accidents ont généralement cédé vers le quatrième jour et disparu vers la fin du premier septenaire. D'autre part, à mesure que l'engorgement périphérique diminuait, le caillot se dessinait mieux, sous la forme d'un ovoïde, long de 5 centimètres; et si, contrairement à d'autres cas, il n'a eu que de faibles dimensions, cela tient probablement aux flexuosités de la veine, qui ont enserré l'agent coagulateur dans un espace limité. En vieillissant, le caillot se rétracte, se durcit et prend une consistance qui rappelle le tissu fibreux.

Même pansement chaque fois : compresses d'eau blanche le premier jour; des cataplasmes émollients ensuite. Repos jusqu'à disparition de la rougeur et de la sensibilité. Le régime, diminué le premier jour de l'opération, a été repris en grande partie dès le lendemain ou le troisième jour.

Les seules *particularités* à noter sont : pour la première injection, un très-petit abcès qui s'est ouvert spontanément et au fond duquel s'est vu un mince bourbillon de tissu cellulaire gangrené. La plaie a marché simplement, la cicatrisation ne s'en est point fait attendre. — La deuxième injection n'a présenté d'autre accident qu'une teinte bleuâtre, persistante de la peau, survenue autour de la piqûre, après que l'inflammation locale eut disparu.

Le 9 novembre, Gilbert demande à s'en aller, satisfait de ne plus voir se gonfler après la marche ses énormes varices d'autrefois. Etat général parfait.— *Exeat.*

Obs. VII. *Injection de sept gouttes de liqueur normale*; — *oblitération de 42 centimètres de veine.* — Homme de soixante ans, journalier, porteur d'un vieil *ulcère* calleux, large, à fond déprimé, avec teinte violacée de la peau, dans la moitié inférieure de la jambe.

Varices en ramifications de l'ulcère au genou. A la cuisse, veine saphène grosse, turgescente, assez bien rectiligne, laissant voir, à 15 centimètres du condyle, une ampoule vasculaire, grosse comme une noix.

Marche prolongée impossible; station debout douloureuse.

Le 14 décembre 1854, *injection de sept gouttes de liqueur iodo-tannique normale* dans le renflement variqueux de la cuisse.

Suites simples, régulières. Le coagulum se propage dans la saphène, sur une longueur de 42 *centimètres*, ou, si l'on préfère, du pli de l'aine au lieu d'élection de la jambe. Il se durcit tous les jours, se resserre, et finalement transforme la veine en un petit cordon cylindroïde de consistance fibreuse (26 janv. 1855).

L'ulcère s'est modifié; il est en grande partie cicatrisé.

Le traitement a été entravé par l'invasion brusque, au 1er janvier, d'une pneumonie droite au sommet et d'une péricardite.— Une médication énergique a conjuré le danger, et je ne pense pas qu'il vienne à l'idée de personne de voir là autre chose qu'une maladie intercurrente et accidentelle.

Obs. VIII. *Injection de sept gouttes de liqueur*; — *oblitération de* 72 *centimètres de veine.* — Journalier de quarante-six ans, affecté de nombreuses varices, ramifiées à la jambe; lesquelles sont dues en partie à la saphène externe et en partie à la saphène interne. Celle-ci, de plus, à la cuisse, jusqu'à son embouchure, est volumineuse, bosselée, mais assez bien rectiligne.

Marche gênée; travail pénible, douloureux.

Le 11 janvier 1855, *injection de sept gouttes de liqueur iodo tannique*, à 20 centimètres au-dessus du genou.

Suites simples, régulières. Le coagulum se propage en haut, jusqu'à l'embouchure de la saphène; en bas, on le suit jusqu'au niveau de la malléole interne,

plus petit, il est vrai, assez marqué néanmoins pour qu'il soit impossible d'en douter; ce qui fait, en somme, pour une seule injection de *sept* gouttes, 72 centimètres de veine oblitérée, et cela sans le plus léger accident, sans la moindre appréhension.

Le traitement continue (26 janv. 1855.)

Concluons des observations précédentes que l'injection iodo-tannique offre des garanties sérieuses d'innocuité, puisqu'elle a été pratiquée onze fois sans le plus léger accident local, et sans que l'état général ait jamais inspiré de craintes. Ajoutons de plus que, si dans les veines flexueuses le coagulum reste limité, globuleux, il s'allonge facilement dans les varices à peu près droites, et qu'on y obtient ordinairement ce résultat remarquable d'une oblitération de la veine sur une longueur de plusieurs centimètres. (Obs. V, 9 centimètres; III, 30; I, 32; VII, 42; II, 45; VI, 55; VIII, 72.)

§ III. *Parallèle de l'injection par le perchlorure de fer et par la liqueur iodo-tannique normale.*— La question, impossible à juger définitivement avec le nombre de faits cités plus haut, est néanmoins susceptible, dès à présent, d'une appréciation motivée.

Inutile de comparer le manuel opératoire dans les deux cas. Quelle que soit la liqueur que l'on prenne, ce sont les mêmes soins pour pénétrer dans la veine, sans autre lésion que ce qui est rigoureusement indispensable; c'est toujours la même attention de n'injecter que s'il sort une goutte de sang, etc., etc. Un détail pourtant,— *cura de minimis,*— un détail dont peut-être on me saura gré, a trait au nettoiement de la canule, après l'usage de la liqueur iodo-tannique. Or, tandis que l'eau bouillante dissout les restes du caillot du perchlorure, il arrive que cette même eau bouillante durcit le coagulum iodo-tannique et s'oppose à sa sortie, au point d'obstruer le calibre. — De l'eau aiguisée de potasse caustique résout la difficulté; les parcelles de caillot tannique se détachent d'elles-mêmes, et l'instrument reste parfaitement propre.

A. — L'injection iodo-tannique est innocente, du moins je puis l'affirmer dans la mesure des onze opérations que j'ai pratiquées. De son côté, l'injection de perchlorure de fer, que j'ai expérimentée sur une plus large échelle, jouit d'une grande innocuité; ce qui donne, ici et là, un égal avantage; mais à la condition, dans les deux cas, d'opérer avec la prudence voulue et suivant des règles dont je crois avoir fait ressortir l'importance.

B. — Le caillot par le perchlorure, même à faible dose (2 gouttes), apparaît promptement; on le sent au bout de dix à quinze minutes. —Le caillot iodo-tannique est lent à se former, si bien qu'en général,

après quinze ou vingt minutes, il est imperceptible, et qu'il ne faut rien moins que six à huit heures pour le sentir distinctement. Est-ce à dire qu'aux premières heures le sang reste liquide? Il serait peu rationnel, je crois de le penser. Il est bien plus probable que le sang subit d'abord un certain épaississement, qu'il prend une consistance crémeuse, donnant encore une sensation de fluctuation; mais que, dès les premiers instants, cette modification suffit pour suspendre le cours du sang, si faible et si lent dans les varices. Plus tard, le caillot iodo-tannique prend une dureté égale à celle du caillot de perchlorure de fer, et, une fois venue l'inflammation légère qui les suit l'un et l'autre, une fois développé l'engorgement léger qui les dissimule, il serait difficile d'établir les signes différentiels propres à chacun d'eux.

C. — L'inflammation locale qui suit l'usage de la liqueur iodo-tannique m'a paru moins vive, plus facile à tempérer, plus prompte à disparaître et moins sujette à certains accidents locaux, très-légers, j'en conviens, à savoir : escarres superficielles, phlyctènes, petits abcès sous-cutanés. Jamais, non plus, employée comme je l'ai dit, elle n'a causé d'érysipèle ni d'abcès profonds. En moyenne, tout rentre dans l'ordre après cinq ou six jours, après quoi l'on peut recommencer; tandis qu'en se servant du perchlorure de fer, les suites se prolongent jusqu'au huitième ou au neuvième jour, et ce n'est guère que vers le dixième qu'une nouvelle injection redevient opportune.

D. — Mais un fait bien digne de remarque, c'est la tendance du caillot iodo-tannique à se propager dans la veine, pour peu qu'elle soit rectiligne. Quelques gouttes, dans ces conditions, m'ont donné bien plus de fois ce résultat satisfaisant que le perchlorure de fer, comme si ce dernier, par sa grande force hémoplastique, s'emprisonnait dans un espace limité. Sans doute, j'ai vu aussi le caillot de perchlorure de fer s'allonger et oblitérer une étendue notable de la veine; mais, toutes choses égales d'ailleurs, la liqueur iodo-tannique produit plus sûrement cet effet. Que si la veine est tortueuse, au contraire, le caillot reste limité, quel que soit le liquide employé, comme si la distension de la veine fermait toute issue à la marche du coagulum, par exagération des flexuosités. Ainsi, même action de la liqueur iodo-tannique et du perchlorure de fer si la veine décrit des circonvolutions serrées; mais tendance plus prononcée du caillot iodo-tannique à s'allonger, si la veine est rectiligne ou à peu près, telle qu'on la trouve encore assez souvent du genou au pli de l'aine.

E. —Une fois le caillot iodo-tannique en voie de diminution, au

moment où s'amendent les phénomènes inflammatoires, il semble, autant qu'on en peut juger par comparaison, qu'il se rétracte plus vite et plus fort que celui du perchlorure de fer; il devient presque à rien, après avoir été volumineux, transformant une portion de veine dilatée en un cordon mince, dur, de consistance fibreuse.

F. — Des faits que j'ai cités précédemment, je me crois autorisé à conclure qu'une veine oblitérée dans un point par un caillot de perchlorure de fer l'est d'une façon durable, et que si la dose de liquide a été faible (2 gouttes), l'oblitération n'est pas due à un simple dépôt métallique, mais bien à un travail organo-plastique dont l'agent a été la cause occasionnelle.

Or, n'est-il pas raisonnable d'admettre par analogie, en l'absence de faits assez anciens, que le caillot iodo-tannique, semblable sous tant de rapports à celui du perchlorure, doit avoir, à l'égal de ce dernier, une résistance durable, précieuse.

De tout ce qui précède, il ressort, à mon avis :

1° Que l'injection coagulante dans les varices constitue une méthode innocente, soit qu'on emploie le perchlorure de fer ou la liqueur iodo-tannique ;

2° Que l'inflammation consécutive à l'injection est un peu moins vive avec 5 à 7 gouttes de liqueur iodo-tannique qu'avec 2 gouttes de perchlorure de fer à 30° de Baumé ;

3° Que le coagulum tannique semble se resserrer plus vite, plus fort, et, finalement, se réduire à un moindre volume ;

4° Que le caillot iodo-tannique montre plus de tendance à se propager dans les veines droites que le caillot de perchlorure ; mais que, dans les flexuosités variqueuses, il n'y a pas à ce sujet de différence tranchée ;

5° Que la persistance du caillot du perchlorure, prouvée par quelques cas, est un argument en faveur de la résistance du caillot iodo-tannique, joint à ce que la diminution si remarquable de ce dernier met la veine dans des conditions éminemment favorables à une oblitération définitive.

Et, comme corollaire des conclusions qui précèdent, je ne crains pas, dès à présent, de montrer une certaine tendance à me servir de la *liqueur iodo-tannique normale,* au lieu du perchlorure de fer en injection dans les varices.

Résumé général. — I. A mon avis, la liqueur iodo-tannique n'est pas de nature à remplacer la teinture d'iode dans toutes les applications de celle-ci par la méthode sous-cutanée.

II. En topique sur les plaies de mauvais caractère, [elle est

d'un usage avantageux ; elle les modifie et facilite la cicatrisation.

III. Le traitement des varices par l'injection l'emporte sur la cautérisation, la meilleure des anciennes méthodes, parce que, aux avantages d'une grande innocuité, elle joint une exécution facile, peu douloureuse, et que, nombre de fois, elle permet, d'un seul coup, d'oblitérer la veine sur une longueur de plusieurs centimètres.

IV. La liqueur iodo-tannique normale est la seule que je conseille dans les varices, à la dose de 5 à 7 gouttes chaque fois, avec le soin de ne pas multiplier les piqûres à chaque opération, et de ne pas y revenir à de trop courts espaces de temps.

V. Ainsi pratiquée, l'injection iodo-tannique, comme opération et dans ses suites, est extrêmement simple. Elle se recommande, préférablement au perchlorure de fer, par une inflammation locale qui paraît être moindre, par une tendance bien marquée du caillot à s'allonger dans les veines à peu près droites, et, en définitive, par une rétraction plus franche de celui-ci, une fois la résolution établie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Par M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

Suite (1).

Moment où l'on doit donner le quinquina et manière de l'administrer. — Les préparations de quinquina s'administrent à des moments qui diffèrent, selon le but que le médecin se propose d'atteindre.

Si l'on ne veut que solliciter l'action du tube digestif ou que donner du ton à l'économie, on administre les préparations de quinquina une ou deux fois par jour, quelque temps avant les repas ; c'est de cette manière qu'on donne le sulfate de quinine en poudre ou le quinquina lui-même uni à des amers, ou les teintures de quinquina, ou bien si l'on emploie les vins, les sirops au vin, les extraits mous ou secs, on les fait prendre deux fois par jour, le matin et le soir.

Si l'on veut, au contraire, tirer parti des propriétés fébrifuges de l'écorce du Pérou, la manière de conduire la médication différera selon que la maladie qu'on veut combattre est intermittente ou continue.

Mais avant d'entrer dans les détails sur ce sujet, il faut établir que

(1) Voir le numéro du 15 septembre 1855.

les doses fébrifuges doivent être fractionnées et non administrées en bloc.

Les expériences sur les animaux et l'observation des faits chez l'homme constatent que les effets produits par le sulfate de quinine donné en une seule fois sont moins forts et ont notablement moins de durée que quand ce sel a été donné par doses fractionnées, et que la différence d'action était dans la proportion de 1 à 3.

Ainsi, dans les fièvres intermittentes simples, on donne la dose voulue, en cinq fois, un cinquième c'est-à-dire 5 à 6 centigrammes, toutes les heures. L'expérience a constaté que l'effet d'une dose de 5 à 6 centigrammes de sulfate de quinine pouvait durer d'une demi-heure à une heure. On a de cette manière un effet continu sur le système nerveux.

Dans les autres cas, il faut suivre la même conduite, excepté quand la dose, s'élève à 2 et 3 grammes; alors elle doit être divisée en dix à douze doses, et être prise en dix à douze heures.

Outre l'avantage d'une absorption plus régulière, cette manière de faire met à l'abri de ces accidents qu'on a vu arriver à la suite de l'introduction brusque d'une quantité notable de sulfate de quinine dans le sang.

Ce point établi, nous pouvons revenir à l'examen de la méthode à suivre dans l'administration du quinquina, et nous commençons par les maladies intermittentes.

La pratique médicale est plus ou moins inégalement partagée entre trois méthodes différentes qui, toutes les trois, se présentent avec l'appui d'un nom illustre.

La première est celle de Torti, qui, croyant que le quinquina n'avait jamais assez de temps pour agir, recommandait de l'administrer même avant l'accès précurseur de celui qu'on veut attaquer.

La seconde méthode est celle de Sydenham, qui recommande de n'administrer le quinquina que dans la période d'apyrexie qui précède l'accès à arrêter.

Enfin, la troisième méthode, qui est produite sous le nom de Home, et qui a été à plusieurs reprises vivement recommandée, prescrit de n'administrer le quinquina qu'au moment même où l'accès qu'on veut couper va arriver.

Evidemment Torti s'est beaucoup exagéré le temps que le quinquina met à agir, temps qu'il évalue à quinze ou seize heures. Quand on n'emploie que de petites doses, il faut, au plus, de deux à trois heures pour que l'absorption du sulfate de quinine ait été assez forte pour donner des signes évidents d'action sur le système

nerveux. Si l'on emploie des doses plus fortes, il ne faut que de quelques minutes à une demi-heure pour que l'effet sur le système nerveux se produise; par conséquent, lorsqu'on donne le quinquina trop longtemps d'avance, on s'expose à ce qu'une partie de l'effet fébrifuge soit dissipée au moment de l'invasion de l'accès futur. Cullen avait constaté que dans une fièvre quarte une double dose donnée le premier jour de l'apyrexie avait moins d'action qu'une simple dose administrée le second jour. Il faut donc rejeter cette manière de faire.

La méthode de donner le quinquina au moment même de l'invasion de l'accès est encore plus défectueuse. Hôme avait fait prendre à 12 fébricitants la même dose de quinquina; 8 d'entre eux l'avaient prise au moment de l'invasion de l'accès; chez tous l'accès suivant avait reparu comme de coutume; 4 l'avaient prise à la fin de l'accès : chez tous l'accès suivant manqua, et la fièvre fut arrêtée. Pseufer, de Berlin, a répété la même expérience sur 34 fiévreux. Chez 20, la fièvre ne fut pas coupée au premier accès, mais elle le fut chez tous au second.

Cette méthode offre, en outre, l'inconvénient de faire développer l'action hyposthénisante du fébrifuge, au moment même où l'économie est le moins propre à résister. Aussi a-t-on vu plusieurs accidents graves de stupéfaction et de mort arriver après l'usage du quinquina fait de cette manière. Torti en avait lui-même reconnu l'inconvénient, car il rapporte avoir remarqué fréquemment une aggravation dans les phénomènes fébriles de cet accès, qu'on n'arrêtait pas. Sydenham rapporte qu'à Londres on avait vu périr un apothicaire et un aldermann, qui avaient pris le quinquina de cette manière.

La méthode proposée par Sydenham est donc celle qu'il faut préférer ; mais comme elle manque d'un point de départ fixe, elle laisse dans l'embarras les praticiens qui ne savent à quel moment ils devront commencer, surtout dans une fièvre quarte, où l'apyrexie dure deux jours.

Avec les données expérimentales que possède actuellement la thérapeutique sur le temps que l'absorption du quinquina met à se faire, et sur celui qui s'écoule avant que l'action sur le système nerveux soit évidente, on peut, ainsi qu'on va le voir, tracer des règles précises, qui déterminent avec exactitude le moment où il faut commencer à donner le fébrifuge.

La conduite à tenir est différente suivant qu'on a devant soi le temps suffisant, ou suivant que le temps manque.

Pour le premier cas, après avoir déterminé expérimentalement la dose minimum du sulfate de quinine, celle qui est suffisante tout

juste pour arrêter un accès de fièvre simple, il s'agissait de rechercher le moment où elle aurait le plus d'influence. J'ai donc administré une solution acide de 25 ou de 30 centigrammes de bisulfate de quinine et de 1 centigramme d'acétate de morphine dans 120 grammes d'eau sucrée, à prendre en cinq heures et en cinq fois, un cinquième toutes les heures.

Et j'ai constaté : 1° que quand la dernière prise de la potion avait été administrée au moment de l'invasion de l'accès, très-rarement cet accès était modifié.

2° Que quand on laissait un intervalle de six à huit heures entre la dernière dose de potion et l'arrivée de l'accès futur, celui-ci était arrêté ou modifié avantageusement dans la moitié des cas, mais que presque toujours l'accès suivant avait été prévenu.

3° Que quand on laissait un intervalle de douze heures, l'accès était arrêté dans les trois quarts des cas, et l'accès suivant constamment arrêté.

4° Enfin, que quand on laissait un intervalle de quinze heures, jamais l'accès futur n'avait manqué d'être arrêté, et la fièvre coupée complétement.

A l'hôpital de la Charité, je suis dans l'usage de faire administrer le sulfate de quinine d'après cette méthode ; la potion se donne, le premier cinquième vingt heures avant l'accès, et le dernier seize heures ; de sorte qu'il reste un espace de quinze heures entre la prise complète du médicament et l'heure présumée de l'invasion de l'accès ; je donne habituellement, pour plus de sûreté, 30 centigrammes de bisulfate dans les cas ordinaires ; quand la fièvre est quotidienne et que les accès ont beaucoup d'intensité, je donne de 30 à 40 centigrammes, et quand elle est quarte, je vais jusqu'à 45 centigrammes.

Ce n'est guère que dans des cas très-rares que la fièvre n'est point complétement arrêtée au premier accès, et dans aucun cas, il n'est arrivé que cet accès ne fût pas très-notablement modifié.

Voilà un terme fixe ; et au lieu de prendre les distances sur l'accès écoulé, comme c'était l'usage, on les prend sur l'accès futur.

Ainsi, on doit commencer le sulfate de quinine vingt heures avant l'accès, le faire prendre en cinq heures, et laisser un intervalle de quinze heures entre la dernière dose et l'époque de l'invasion de l'accès.

Cette méthode est applicable à tous les cas simples, car on trouve toujours moyen de se ménager dix-huit à vingt heures entre deux paroxysmes de fièvre quotidienne, dont l'accès dure au plus de qua-

tre à cinq heures. Pour les autres types, que la fièvre soit tierce ou quarte, on n'a plus à s'occuper de la longueur de l'apyrexie, puisqu'on a plus de temps qu'il n'en faut pour donner le quinquina.

Telles sont les règles fort simples qui gouvernent l'administration du quinquina à petites doses, règles qui ont pour but de tirer le plus grand effet fébrifuge possible de la plus petite dose possible de quinquina.

Je vais maintenant indiquer les règles à suivre dans l'administration de ce médicament à hautes doses.

Dans les fièvres qui ne sont plus simples, telles que les doubles tierces, les quotidiennes très-intenses, les intermittentes pernicieuses, les rémittentes graves, etc., on n'a plus devant soi le temps nécessaire pour agir à faibles doses ; il faut y suppléer par les doses élevées. Comme on sait qu'à doses élevées, le sulfate de quinine en solution commence à être absorbé presque à l'instant même, et qu'il agit avec toute son intensité sur le système nerveux, d'une demi-heure à une heure au plus, après son ingestion, on n'a plus qu'à calculer les doses, de manière à ce que le maximum de l'hyposthénisation soit produit le plus d'heures possible avant l'arrivée de l'accès ; de cette manière, avec un intervalle de six heures entre deux accès, on aura le temps suffisant : trois heures pour donner le sulfate de quinine et trois heures pour le laisser agir. De cette manière, on supplée à l'espace qui manque par la quantité de médicament, de laquelle on est toujours maître.

En agissant ainsi, le médecin est sûr de pouvoir développer à temps sur le système nerveux une action qui suffira pour produire l'effet fébrifuge voulu. Le traitement des affections intermittentes est ainsi très-simplifié et très-sûr.

Dans les maladies continues, comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, etc., le but du médecin n'est plus le même, et ses vues doivent être différentes ; dans les maladies périodiques, il suffisait de produire, à temps déterminé, une hyposthénisation qui n'avait besoin de durer qu'un temps limité. Dans les affections continues, le moment de la production de l'hyposthénisation n'a plus d'importance, mais la durée du temps pendant lequel elle doit se continuer et l'intensité qu'elle a besoin de posséder en ont beaucoup.

Il faut donc administrer les hautes doses, les donner pendant un temps assez long, et employer une préparation énergique. Les seules qui conviennent dans ces cas sont les sulfates des alcaloïdes, et surtout les sulfates acides.

On a beaucoup fait de bruit des accidents que peut provoquer le sulfate de quinine à hautes doses, et des dangers de ce mode d'administration du quinquina.

Il est facile de se mettre à l'abri de tout accident de ce genre en adoptant les règles suivantes :

1° Il faut n'employer qu'une préparation soluble et le donner sous forme de solution. L'absorption s'en faisant instantanément, on est sûr d'un effet prompt, et l'on se met à l'abri de l'accumulation des doses dans l'estomac ; de telle sorte que si quelque effet physiologique excessif se produit, en arrêtant la médication à l'instant même, on préviendra toute nouvelle absorption, et les accidents ne pourront pas s'accroître longtemps.

2° Il faut ne donner la solution que par fractions, en laissant toujours un intervalle d'une heure entre chaque dose, et ne faisant durer l'administration que pendant dix à douze heures de la journée, laissant le malade en repos pendant le reste des vingt-quatre heures. De cette manière, tout en produisant un effet continu, l'action de la dose précédente ne se surajoute pas trop à celle de la dose suivante; et si quelque accident se produit, on suspend à l'instant même, et l'effet s'arrête bientôt. Les fractions doivent être de 15 à 20 centigrammes de bisulfate par heure.

3° Il faut augmenter graduellement la dose de chaque jour, en proportion de la résistance qu'oppose la maladie qu'on veut combattre. Cette augmentation peut être de 40 à 50 centigrammes de sulfate par jour, toujours en observant la tolérance du malade.

4° Les sulfates d'alcaloïdes, et préférablement les bisulfates sont les préparations qu'on doit employer.

5° La médication par les hautes doses doit n'être employée chez les sujets nerveux, impressionnables, disposés aux congestions cérébrales, qu'avec beaucoup d'attention et de circonspection. Au contraire, elle peut être poussée très-loin et être suivie avec moins de préoccupation chez les sujets qui se trouvent dans les conditions opposées.

Lorsqu'on donne le sulfate de quinine contre les rémissions qu'offre quelquefois la fièvre typhoïde, il faut, autant que possible, le faire prendre pendant la rémission, c'est-à-dire pendant une partie de la nuit; de cette manière on n'ajoute pas l'effet excitant des premières doses de la quinine à l'excitation du paroxysme fébrile, et l'on fera arriver la stupéfaction à temps convenable.

On attachait autrefois une très-grande importance aux associations qu'on faisait subir au quinquina, dans la vue d'aider ou de corriger

son action; avant que la chimie n'eût dégagé ses alcaloïdes de leurs combinaisons naturelles', l'addition de certaines substances, telles que le carbonate de potasse, le tartre, les sels ammoniacaux, les composés antimoniaux, etc., pouvait être utile, parce qu'il en résultait des décompositions qui mettaient plus ou moins bien les alcaloïdes en liberté; mais actuellement ces additions sont inutiles et n'ont plus de but. Il n'existe guère de moyens adjuvants que l'opium et la saignée.

J'ai constaté que les sels de morphine, unis à la quinine, diminuent l'effet excitant primitif de cet alcaloïde et augmentent notablement l'effet hyposthénisant; aussi ajoute-t-on avec avantage 1 ou 2 centigrammes d'acétate de morphine aux 30 ou 40 centigrammes de sulfate de quinine qui composent une potion fébrifuge.

L'opium et le laudanum ont été constamment regardés comme des adjuvants très-utiles à l'effet fébrifuge du quinquina.

Il est évident que quand des phénomènes nerveux se joignent aux fièvres, l'addition des opiacés à la quinine a beaucoup plus d'importance que celle de l'acide valérianique.

La saignée augmente la faculté qu'a le système nerveux d'être influencé par les alcaloïdes du quinquina, et permet de diminuer la quantité de celui-ci, sans diminuer l'effet fébrifuge. Dans les fièvres pernicieuses, dans le rhumatisme articulaire aigu, où des phénomènes de congestion existent, la saignée est un adjuvant très-précieux aux préparations de quinquina.

Les expériences que j'ai faites constatent que les vomitifs, qu'on a regardés comme une préparation utile avant l'administration du quinquina, augmentent d'une manière appréciable l'absorption des alcaloïdes. Le vomitif par l'ipécacuanha, administré quelques heures avant la prise du sulfate de quinine, a augmenté l'absorption d'un neuvième, chez plusieurs malades. Les purgatifs, au contraire, administrés de la même manière plusieurs jours de suite, ont donné un résultat opposé; l'absorption a diminué d'un neuvième.

La combinaison du vomitif et des purgatifs, administrés concurremment avec le sulfate de quinine, a fait voir une augmentation de l'absorption.

D'où il résulte que les vomitifs préparent l'estomac à l'absorption des alcaloïdes, tandis que les purgatifs non-seulement n'ont pas la même propriété, mais même semblent en avoir une contraire.

Les toniques ayant, comme je l'ai constaté, la faculté d'augmenter la puissance d'absorption de l'estomac, l'addition de ces substances au sulfate de quinine ne peut qu'être utile. Dr BRIQUET.

(La fin prochainement.)

Falsification du sous-nitrate de bismuth par le carbonate de chaux.

L'altération la plus grave que puisse présenter l'azotate de bismuth basique est celle qui, résultant d'une préparation incomplète, ne prive pas ce sel de l'arsenic que trop souvent il contient ; les accidents auxquels cette espèce de combinaison a donné lieu se sont trop de fois répétés pour que les pharmaciens consciencieux ne procèdent pas toujours à l'analyse de ce médicament lorsqu'ils le reçoivent tout préparé du commerce de la droguerie, et s'assurent ainsi qu'il a été purifié et lavé. M. Capdevielle vient signaler à ses confrères que le sous-nitrate de bismuth commence à subir un autre genre d'altération : la falsification, et il en fournit l'exemple suivant :

Dernièrement, dit-il, voulant analyser de l'azotate de bismuth basique qui, après divers examens, me paraissait être impur, j'en pris une quantité déterminée, que je délayai dans quantité suffisante d'eau distillée. Je la traitai ensuite par l'acide azotique dans un flacon à deux tubulures, à l'une desquelles était adapté un tube recourbé, plongeant dans un récipient d'eau de chaux; il se produisit une vive effervescence, et l'eau de chaux fut instantanément troublée, ce qui me démontra que ce sel était sophistiqué, car l'azotate de bismuth de bon aloi se dissout complétement dans l'acide azotique. Cette opération terminée, je traitai le liquide qui se trouvait dans le flacon par l'acide sulfurique, qui y produisit un précipité que je recueillis. Diverses expériences auxquelles je me livrai m'indiquèrent que le précipité était du sulfate de chaux et le gaz qui s'était dégagé dans la première opération de l'acide carbonique ; donc l'azotate de bismuth qui m'avait été vendu était mêlé à du carbonate de chaux.

Les pharmaciens devraient désigner les maisons de droguerie qui leur ont livré des médicaments falsifiés; atteintes par ce fait seul dans leurs intérêts industriels, nul doute que ces maisons n'apportassent une plus efficace surveillance dans la préparation des produits qu'elles livrent aux pharmaciens. La médecine n'est souvent impuissante que parce que les médicaments qu'elle met en œuvre sont frelatés par des mains mercenaires et vendus comme bons à des pharmaciens qui, croyant tout le monde aussi honnête qu'eux, négligent trop souvent de les analyser.

Formules contre les érections nocturnes.

Lorsque ce phénomène morbide se manifeste dans le cours d'une blennorrhagie, ou qu'il est produit par l'éréthisme génésique chez

les enfants, M. Van den Corput conseille l'emploi des pilules suivantes :

Extrait de belladone.	10 centigrammes.
Lupulin récent.	60 centigrammes.
Camphre en poudre.	60 centigrammes.

M. s. a. et divisez en 8 pilules. — De 1 à 4 pilules à prendre vers le soir.

Le saccharure de lupulin suffit toujours, lorsqu'il est donné à dose assez élevée, pour triompher des érections sympathiques de l'inflammation spécifique de la muqueuse.

Une association qui nous a mieux réussi que celle du camphre et de la belladone, est l'addition du chanvre indien ; nous la formulons ainsi :

Extrait de chanvre indien.	5 centigrammes.
Lupulin récent.	1,50 centigrammes.
Sucre blanc, Q. S. pour la trituration du lupulin.	

M. s. a. et divisez ces deux doses, qui seront prises dans la soirée, à une heure d'intervalle.

Quant à l'éréthisme génésique chez les enfants, il est le plus souvent provoqué par la présence des oxyures dans le rectum; aussi les lavements froids d'abord, et, en cas d'insuccès, ces lavements additionnés d'un peu de sel marin, en triomphant de la cause pathogénique, font disparaître le symptôme. DEBOUT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Fracture transversale de la rotule. — Réunion par un cal osseux.

L'opinion d'Ambroise Paré sur les suites des fractures de la rotule a été pendant bien longtemps celle de tous les chirurgiens, si bien qu'à la fin du dix-huitième siècle, Pibrac put encore, au sein de l'Académie de chirurgie, défier impunément tous les chirurgiens de l'Europe de lui montrer une fracture transversale de la rotule réunie par un cal osseux. Aujourd'hui, il n'en est plus de même; le perfectionnement des appareils a permis aux praticiens d'obtenir ce résultat si désiré. Cependant les exemples de consolidation osseuse sont encore assez rares. Le musée Hunter en contenait un ; Sheldon en possédait un second, que Camper a reproduit ; Blandin en a décrit un troisième ; M. Bérard en cite un autre, déposé au musée Dupuytren ; d'autres existent encore, mais ils sont en bien petit nombre. Un des nos amis, le docteur Texier, ex-chirurgien chef interne de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, qui vient de soutenir une excel-

lente thèse sur ce sujet, rapporte, à la fin de son travail, un nouvel exemple de réunion osseuse obtenue par notre savant maître, le professeur Bouisson. Dans le cas suivant, j'ai eu le bonheur d'obtenir le même résultat ; c'est ce qui m'a engagé à mettre cette observation sous les yeux des lecteurs du *Bulletin*, et à exposer avec quelques détails la méthode de traitement dont j'ai fait l'heureuse application.

Le 21 février 1855, Alph. Bellon, de Nîmes, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution assez robuste, jouait aux barres dans un jardin avec quelques-uns de ses amis. Au moment où, poursuivant plusieurs de ses camarades, il allait les atteindre, il reçut à la partie inférieure de la jambe droite un coup de pied qui le fit chanceler. Pour éviter une chute en avant, il fit un violent effort, rejetant fortement le tronc en arrière, le genou droit se trouvant au tiers de sa flexion. Pendant ce mouvement, il sentit un craquement dans cette articulation et une sensation analogue à celle d'un coup de bâton. Immédiatement après, tournant un peu sur lui-même, il tomba en arrière sur la cuisse gauche fléchie, le genou gauche touchant le sol, la jambe droite dans l'extension.

Une demi-heure après l'accident, j'arrivai auprès du malade, jeune homme très-intelligent, qui me donna les renseignements qu'on vient de lire, et chez lequel je constatai les symptômes suivants : Le genou est déformé ; la peau est intacte, sans ecchymose ; l'articulation est le siége d'un engorgement peu considérable. Le malade accuse une douleur fixe au centre du genou, douleur que le toucher exaspère ; la saillie rotulienne est remplacée par une dépression. La rotule est fracturée à la réunion du tiers moyen de cet os avec le tiers inférieur ; on sent très-bien les deux fragments qui sont mobiles en sens inverse ; l'écartement qui existe entre eux n'excède pas deux centimètres, lorsque les muscles sont en repos. Cette circonstance me prouve qu'il y a eu rupture incomplète des tissus fibreux qui coiffent la rotule, ce qui s'explique très-bien par ce fait, qu'après la fracture, la chute a eu lieu sur le membre gauche fléchi, la jambe droite dans l'extension, et appuyant sur le sol. En effet, la flexion forcée du genou droit eût complété la rupture des tissus fibreux, et rendu l'écartement des fragments beaucoup plus considérable.

Je place le membre pelvien lésé sur un plan incliné formé par une chaise renversée, recouverte d'une planche et d'un petit matelas, le pied plus élevé que le genou, la cuisse à demi fléchie sur le bassin, de manière à ce que la direction du membre forme avec l'axe du corps un angle presque droit. Dans le but de conjurer les accidents primitifs et de prévenir l'engorgement sanguin et l'arthrite trauma-

tique, je fais appliquer sur le genou une vessie assez volumineuse, à moitié remplie d'eau végéto-minérale, et dans laquelle on introduit de temps en temps quelques petits morceaux de glace, pour entretenir l'égalité de la température.

Le lendemain et les jours suivants, la douleur et l'engorgement diminuèrent peu à peu. Ne voulant pas cesser brusquement les applications froides, dans la crainte d'une réaction, je remplaçai la vessie par une simple compresse trempée dans de l'eau de Goulard camphrée.

Le 2 mars, dix jours après l'accident, l'engorgement a presque complétement disparu; les deux fragments peuvent être rapprochés jusqu'au contact, sans que cette manœuvre éveille la moindre douleur. Je me décide à appliquer dans la soirée l'appareil inamovible suivant :

J'enveloppe le genou avec une compresse fine trempée dans de l'eau-de-vie camphrée. J'applique une bande dextrinée d'un mètre de long, de trois travers de doigt de large et repliée en deux dans sa longueur, en ayant soin que le plein repose au-dessus de la base de la rotule, et que les chefs, entre-croisés derrière le jarret, viennent se croiser de nouveau au-dessus du sommet de l'os, et se fixer sur les parties latérales. J'applique ensuite le bandage unissant des plaies en travers, maintenu par une bande roulée et sèche, après avoir garanti par une couche d'ouate les saillies osseuses et tendineuses; par dessus, deux attelles en carton, une postérieure de la cuisse au talon, l'autre antérieure, de la longueur de la cuisse seulement et destinée à vaincre la contraction des muscles. Je termine par l'application méthodique sur tout le membre d'une bande dextrinée, en ayant soin de faire plusieurs 8 serrés autour du genou. Le membre est replacé sur le plan incliné.

Le 3 mars, le malade accuse une légère douleur dans le genou; cependant, il a un peu dormi; le bandage n'est pas encore sec. Le 4 mars, la dessiccation est complète; la douleur du genou a disparu. Je permets au malade de se lever, à sa grande satisfaction; il passe la journée sur un fauteuil, la jambe reposant toujours sur un plan incliné.

Le 10 mars, la compression est toujours exacte au niveau du genou, mais la cuisse ayant beaucoup diminué de volume, sous l'influence de cette espèce d'asphyxie locale que détermine la compression, il existe un vide assez considérable entre cette partie et l'appareil, ce qui me décide à enlever ce dernier. J'étais bien aise, du reste, d'examiner l'état des parties. Je trouve l'écartement des fragments

considérablement diminué ; il mesure tout au plus six ou sept millimètres. Je réapplique l'appareil en supprimant les attelles de carton, que je crois désormais inutiles, ce qui rend le bandage plus léger.

Le 13 mars, la compression est un peu trop forte sur le pied, et cause d'assez vives douleurs au malade. Je fends le bandage depuis les orteils jusqu'au niveau des malléoles, et j'applique une bande roulée et sèche pour maintenir sur cette partie une compression suffisante. Cette section, qui fait cesser la douleur, nous permet de faire exécuter quelques mouvements au pied, et de conserver, par ce moyen, le jeu de l'articulation tibio-tarsienne, qui ne peut que souffrir d'un repos prolongé. A dater de ce moment, le malade se lève tous les jours, en conservant la position indiquée plus haut.

Le 19 avril, l'appareil est enlevé ; la réunion est parfaite et solide ; les fragments ne sont pas mobiles l'un sur l'autre ; il n'existe pas le moindre intervalle entre eux, excepté à l'extrémité interne du cal ; mais, là, l'écartement est si faible, qu'il n'est appréciable que par le toucher, et que la mensuration comparative la plus exacte de la hauteur des deux rotules ne donne pas de différence sensible. Les deux fragments sont légèrement inclinés d'avant en arrière, et forment un angle très-obtus à concavité antérieure, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire. Le plus souvent, en effet, la pression exercée par le kiastre sur le sommet et la base de la rotule détermine un mouvement de bascule des fragments d'arrière en avant. J'espère que cette légère inclinaison des fragments s'effacera d'une manière complète sous l'influence de l'exercice du membre. En effet, dans les mouvements de flexion la rotule, ayant pour point d'appui la trochlée fémorale, est sollicitée par deux forces : la puissance représentée par le triceps, et la résistance, par le tendon rotulien. Ces deux forces opposées faisant légèrement céder le cal, qui ne possède pas encore toute la solidité qu'il aura plus tard, tendront de jour en jour à rendre à la rotule sa forme primitive, tandis que la disposition vicieuse opposée, que l'on observe généralement, ne peut qu'être augmentée par l'exercice du membre, surtout lorsque le cal n'est que fibreux ou fibro-cartilagineux. Du reste, l'inclinaison chez notre malade est si faible, qu'elle n'altère pas même la forme du genou. L'articulation est roide ; cependant, la jambe peut être amenée sans peine au quart de sa flexion sur la cuisse ; le malade peut soulever le membre au-dessus du plan du lit. Je prescris un exercice gradué, le massage de l'articulation et des frictions résolutives. Le surlendemain, le malade commence à marcher avec des béquilles. Je conseillerai plus tard l'usage de bains thermaux sulfureux et de douches de la même

nature, afin de combattre la roideur articulaire, et de rendre au membre lésé sa force musculaire, qu'il a perdue en partie.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : 1° la fracture a été produite par une violente contraction musculaire, et a été suivie d'une chute en arrière, du côté sain, et après un mouvement de rotation de tout le corps. Le docteur Texier cite plusieurs observations, une entre autres dont il est lui-même le sujet, dans lesquelles la chute a eu lieu de la même manière. S'inspirant des idées de M. Bouisson, il donne, sur le mécanisme de cette chute, une explication très-judicieuse, qu'aucun auteur, avant lui, n'avait signalée; la voici : le tronc est maintenu dans sa position verticale directe par les muscles des gouttières vertébrales, qui sont, presque tous, rotateurs de leur côté. Tant que le poids du corps est transmis à la jambe par le muscle triceps, ces deux forces se contre-balancent, et les muscles rotateurs n'agissent que sous l'empire de la volonté. Mais si, par une cause quelconque, un des muscles triceps vient à perdre son point d'attache inférieur, ce qui arrive précisément dans la fracture de la rotule, les muscles rotateurs de ce côté, qui sont : les muscles des gouttières vertébrales, les muscles de la région superficielle et profonde du dos et les muscles pelvi-trochantériens, ont seuls leur plénitude d'action. Ils entraînent le corps à eux, et la chute a lieu en arrière, sur le côté sain, après un mouvement de rotation de tout le corps. Cette opinion est parfaitement juste. On ne peut, en effet, comparer la chute, après la fracture, à celle d'un corps inerte venant à perdre son point d'appui. Dans ce dernier cas, la chute a lieu du côté où se fait la rupture; mais, dans l'économie, il faut tenir compte de la puissance énorme de l'action musculaire. La chute ne peut s'effectuer du côté de la fracture et en avant que lorsque l'impulsion du corps est assez forte pour annihiler la force musculaire devant produire le mouvement de rotation.

2° Quelques auteurs, MM. Seutin et Velpeau entre autres, veulent que l'on applique l'appareil au moment même de la fracture; ils pensent qu'une compression uniforme et méthodique constitue le meilleur moyen non-seulement de combattre l'arthrite traumatique, mais encore de la prévenir. Nous avons toujours vu le professeur Bouisson tenir une conduite opposée. A l'exemple de Desault, de Boyer, de Dupuytren, de M. Baudens, il attend, pour appliquer l'appareil, que l'inflammation soit complétement tombée. Partageant cette manière de voir, je n'ai appliqué l'appareil que le dixième jour, non que je veuille repousser la compression comme moyen antiphlogistique, mais je crois que dans un cas aussi grave qu'une fracture

pénétrant dans une articulation, il y a trop de risques à employer ce moyen dès le début. A cette époque, la compression est à la fois dangereuse et inutile. Les premiers temps du traitement sont perdus pour la consolidation ; il faut les employer à simplifier les conditions locales, à éviter la contraction des muscles, à prévenir l'engorgement sanguin et l'arthrite traumatique. En employant alors les réfrigérants et la position sur un plan incliné, telle que nous l'ayons décrite, on obtient sûrement tous ces résultats. D'un autre côté, on évite au malade la fatigue et les souffrances que procure l'appareil au début du traitement. A ce moment, en effet, le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives, comparables à des piqûres d'épingle ; la compression tendra presque toujours à les exagérer. Le malade souffrira en pure perte, et cessera souvent de pouvoir supporter l'action de l'appareil précisément au moment où celle-ci devient efficace. En effet, c'est après un certain délai, dix ou quinze jours, que la consolidation commence à s'effectuer. A cette époque, les muscles ne se contractent plus, le gonflement a presque totalement disparu ; il en est de même de la douleur. Le travail de cicatrisation osseuse va commencer ; c'est à ce moment qu'il convient d'appliquer l'appareil, car alors on profite de ses avantages et on évite ses inconvénients.

3° L'appareil que nous avons appliqué remplit toutes les indications ; il réunit la solidité de celui de M. Seutin à la légèreté de celui de M. Velpeau. En appliquant le kiastre immédiatement autour de l'articulation, et alors que l'engorgement sanguin a totalement disparu, on assure son action pendant toute la durée du traitement, car on lui donne un point d'appui fixe, représenté par des saillies osseuses, dont le volume ne peut pas diminuer sous l'influence de la compression. D'un autre côté, notre appareil, mieux que tous ceux qui, comme lui, agissent par pression concentrique, s'oppose à la tendance que pourraient avoir les fragments à basculer en avant, sous l'influence de la pression exercée par le kiastre sur la base et le sommet de la rotule. Ce mouvement de bascule est empêché par la compression exacte et forte que le bandage unissant des plaies en travers, et surtout le spica dextriné qui termine l'appareil, maintiennent sur le genou pendant toute la durée de l'application de ce dernier. Nous avons pu, du reste, vérifier l'exactitude de cette compression, par la percussion de l'appareil, qui a toujours rendu un son mat au niveau de l'articulation du genou.

4° Nous avons laissé l'appareil en place cinquante jours, car nous sommes partisan de l'immobilité absolue du membre ; c'est par elle seule qu'on a pu obtenir la formation d'un cal osseux. Les inconvé-

nients qui accompagnent la roideur du genou ne sont pas comparables à ceux que présente un cal trop étendu. Par l'emploi de liniments résolutifs, de bains thermaux, de douches, du massage et de l'exercice, on arrive facilement, en général, à triompher de cette roideur, et, à tout prendre, il vaut mieux pour le malade, comme le dit très-judicieusement le docteur Texier, avoir un genou un peu roide et la marche solide, que d'être exposé à un allongement ou à une rupture du col. Un des habiles chirurgiens de l'hôpital de Nîmes, le docteur Fontaines, va plus loin : il n'applique pas de bandage ; il se contente de mettre le membre sur un plan incliné et de le maintenir immobile pendant deux mois, et il obtient cependant des résultats assez satisfaisants, tant est grande l'influence de l'immobilité absolue, jointe à une bonne position du membre.

En résumé, nous attribuons le résultat heureux que nous avons obtenu chez notre malade, d'un côté à la rupture incomplète des tissus fibreux que nous avons signalée, de l'autre aux principes sages et prudents qui ont dirigé notre conduite dans le traitement de cette fracture, principes puisés aux savantes leçons de notre excellent maître, le professeur Bouisson.

ALEXANDRE PLEINDOUX, D.-M.
à Nîmes (Gard).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des fractures et des luxations par le professeur MALGAIGNE ; tome II. *Des luxations*, un volume in-8° de 1,100 pages, avec atlas in-folio. Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

Sept ans se sont écoulés depuis que nous avons rendu compte de la première partie de cet important ouvrage (*Bulletin Thérap.*; tome XXXV, p. 553). Le nouveau volume dont nous allons soumettre à nos lecteurs une simple analyse présente le même cachet de sévérité clinique, le même esprit de rédaction. Richesse remarquable de faits intéressants, étude minutieuse de leurs principaux détails, comparaison d'un grand nombre de cas analogues, pour en déduire des conclusions rigoureuses, enfin et surtout, doute inquiet de toutes les règles communément acceptées, tels sont les caractères les plus frappants de cet ouvrage. L'auteur consacre le premier chapitre à l'étude générale des luxations : après les avoir classées en *traumatiques*, *pathologiques* et *congéniales*, il accorde à chacun de ces groupes l'importance que comportent sa fréquence, les circonstances litigieuses de son histoire et de son traitement. On voit déjà que l'auteur attache aux déplacements des extrémités articulaires qui sont le ré-

sultat d'une arthrite ou tumeur blanche une attention plus grande que généralement on ne le fait, en considérant ces sortes de luxations comme de simples symptômes des altérations morbides dont elles dépendent.

L'anatomie pathologique de ces trois classes de luxations, soit récentes, soit anciennes, est constamment l'objet d'une étude scrupuleuse de la part de M. Malgaigne. On doit dire même que ce genre de recherches sert de principale base à ses distinctions et à ses aperçus théoriques ou pratiques. Il semble, en effet, que c'est la meilleure direction à suivre pour un semblable travail ; et il faut reconnaître qu'il en est, en effet, ainsi en général, quoique, poussée jusqu'à ses dernières conséquences, cette voie ait conduit à des résultats d'une utilité pratique fort contestable, comme nous aurons soin de le démontrer plus loin.

Après s'être occupé d'éclairer le diagnostic des luxations, l'auteur cherche à saisir les principaux obstacles à leur réduction. Il les trouve dans l'inflammation des parties, dans la contracture ou la rétraction des muscles, les adhérences et les productions nouvelles autour des os séparés. Ces obstacles organiques étudiés dans leur grande diversité peuvent être surmontés de différentes manières. Ce sont ces modes de traitement, variés suivant les genres et les espèces de luxations, qui constituent les méthodes de réduction, rangées par l'auteur en deux ordres, sous la désignation de *méthodes de douceur*, qui comprennent la pression, l'impulsion, le dégagement, et de *méthodes de force*, c'est-à-dire l'extension, la coaptation et l'élévation. Ces différentes méthodes réclament des moyens d'application où se rangent les aides et les machines, pour lesquelles M. Malgaigne montre une prédilection remarquable. Il en réserve cependant l'usage aux cas difficiles, où il faut employer une grande puissance pour la réduction. Le mode d'action de chacune de ces ressources thérapeutiques est aidé par plusieurs circonstances plus ou moins importantes : c'est la position du patient, la distraction qu'on lui procure brusquement ; c'est la compression des vaisseaux ou des nerfs tentée sans trop d'avantage ; c'est l'ivresse, le narcotisme, moins infidèles, mais bien inférieurs à la précieuse influence des anesthésiques.

Ces divers agents thérapeutiques ne suffisent pas cependant à la réduction des luxations anciennes, pour laquelle l'auteur montre un empressement peu commun. La rupture des nouveaux moyens d'union des os déplacés, la section à l'aide de l'instrument tranchant des adhérences fibreuses et même des muscles périarticulaires, sont des ressources pour ces cas opiniâtres. En présence de semblables essais,

M. Malgaigne ne manifeste pas une grande répugnance; il croit seulement qu'on ne doit pas espérer le retour des mouvements de la jointure ainsi rétablie dans sa conformation première. Il ne se dissimule pas cependant les dangers et les accidents qui suivent trop souvent les tentatives de la réduction des luxations anciennes; l'auteur les passe en revue, les apprécie, et n'y voit pas de motifs suffisants pour proscrire ces manœuvres extrêmes. Toutefois il conseille de ne pas continuer ces sortes d'extensions au delà d'une demi-heure.

Après avoir réduit la luxation, soit récente, soit ancienne, on doit maintenir les os nouvellement remis en rapport pendant plusieurs semaines, afin de donner aux ligaments déchirés le temps de se réunir de nouveau. Toutefois, il ne faut pas condamner les membres à une immobilité trop prolongée, de peur d'amener une ankylose ou une roideur opiniâtre ou incurable. L'auteur examine ensuite les symptômes et le traitement des luxations compliquées. Il étudie les luxations pathologiques et les luxations congéniales qui, d'après lui, se ressemblent beaucoup, puisqu'il les considère comme la suite ordinaire d'une hydarthrose ou d'une arthrite préexistante. Il ne déscspère pas des tentatives faites pour la réduction des luxations congéniales, quand elles ont lieu peu de temps après la naissance[1]; mais les chances de ce traitement sont faibles plusieurs années après, malgré les succès plus ou moins contestables qui ont été publiés de nos jours.

Cette esquisse rapide de l'histoire générale des luxations peut montrer que le professeur Malgaigne n'a négligé aucune des grandes questions qui s'y rattachent; mais elle est certainement insuffisante pour signaler les sujets secondaires que l'auteur aborde dans cette étude. Cependant, on peut ainsi concevoir la manière dont la matière est étudiée, soit dans la partie synthétique, soit dans l'histoire de chacune des luxations en particulier. Nous ne pourrions suivre l'auteur dans les détails infinis que comporte cette dernière et vaste partie de son important ouvrage. Il s'y montre à la hauteur de nos connaissances actuelles, qu'il passe par une sévère appréciation, et auxquelles il ajoute les nombreux détails qu'a pu lui fournir le vaste milieu où il tient une place si bien méritée. Si le temps ne respecte que ce qu'il a longuement produit, on peut prédire au Traité des fractures et des luxations un avenir long et brillant: c'est une œuvre qui sera toujours utile.

Est-ce à dire que ce livre est parfait et qu'il échappe à la critique? Que de sujets susceptibles de controverses, que de propositions tranchantes et cependant contestables! Les résultats statistiques sont

sans doute intéressants, quand ils sont en rapport avec l'observation et le bon sens pratique ; mais lorsque des sommes de faits se trouvent en contradiction parce que l'une est faible, l'autre est forte aujourd'hui, ne peut-on pas craindre que le résultat inverse ne se présente après quelques années où la minorité deviendra majorité? La prédilection de l'auteur pour l'emploi des machines à la place des aides, dans la réduction des luxations plus ou moins anciennes, nous paraît peu digne de trouver des imitateurs. Il ne s'agit pas tant de savoir si, quand on a besoin d'une grande force, les aides sont très-inférieurs aux machines, mais bien de connaître la valeur de ces tentatives alors si dangereuses. En pareille circonstance, vous mettez plus ou moins immédiatement en danger la vie d'un homme atteint d'une infirmité qui n'empêche point la santé et ne compromet pas la vie ; il n'y a donc point parité entre ces deux termes, toujours obligés, de tout problème opératoire. Racontant la fin malheureuse d'un philosophe qui s'était soumis à la rupture d'un cal vicieux, Guy de Chauliac dit judicieusement : « Il aurait mieux valu qu'il s'en fût clopinant que d'aller ainsi se faire gratter l'orosbet ! » C'est là, en effet, la réponse à la plupart des tentatives de ce genre. Vous invoquez des succès à côté d'affreux revers ; mais naguère le professeur Cruveilhier répétait avec justesse, après J.-L. Petit : « Des succès ne justifient point des opérations téméraires ! Que des chirurgiens imprudents, dites-vous, mettant en jeu des forces excessives, aient eu de semblables revers, cela se conçoit aisément !...» Hélas ! combien de chirurgiens sont dans ce cas, si Desault, Flaubert, Delpech, Gibson, Sédillot, Malgaigne, etc., ont eu des accidents de ce genre à déplorer, même à l'aide du dynamomètre ! Et pour ce dernier instrument de déception, comme pour tous les instruments à grande prétention physique appliqués à l'homme vivant, nous sommes étonné de cette prédilection de l'auteur de ce beau livre, où nous lisons cependant cette réflexion judicieuse : « C'est bien moins la notion précise du chiffre de la force qui importe que le rapport de cette force avec la résistance des tissus. »

Nous avons hâte de terminer ces réflexions critiques que la lecture de l'important ouvrage du professeur Malgaigne nous a suggérées ; nous ne pouvons taire cependant une dernière remarque. La médecine est l'art de guérir et non de faire des distinctions anatomiques à la manière des zoologistes, qui n'ont d'autre but que d'établir des coordinations d'après des détails physiques des êtres vivants. Toute classification, toute distinction médicale doit être basée sur une indication majeure de traitement ; les espèces pathologiques

ne sont fondées qu'à ce titre. A quoi bon pour le traitement toutes ces prétendues espèces et variétés de lésions internes ou externes, tirées seulement des détails anatomiques? Traiterez-vous autrement des pneumoniques, parce que la pneumonie sera vésiculaire, lobulaire, de tel ou tel lobe? Nullement; mais différemment seulement, si la même altération organique est de nature inflammatoire, bilieuse, maligne ou typhoïde. De même, pourquoi toutes ces prétendues espèces ou variétés de luxations, du bras, par exemple, incomplètes, sous-coracoïdiennes, complètes ou incomplètes, intra-coracoïdiennes, sous-pectorales, sous-claviculaires? Ou bien celles en arrière incomplètes, sous-acromiale, sous-épineuse, par renversement? Est-ce que, en général, le mode d'action de la cause, l'ensemble des symptômes, et, par-dessus tout, l'indication majeure et les moyens de traitement ne sont pas les mêmes? L'observation et l'expérience le prouveraient au besoin, si cet ouvrage n'était pas là pour l'attester. Qu'on ne croie donc pas avoir fait avancer la science, et surtout la pratique, parce que l'on a multiplié des mots sans utilité clinique, ou des petits détails anatomiques sur de prétendues espèces, qui sont seulement des degrés de la même lésion. Les fortes têtes médicales ont depuis la plus haute antiquité établi des distinctions dictées par l'éternel bon sens médical, c'est-à-dire par l'utilité pratique; pour les luxations de l'épaule, par exemple, celles en avant (ἔμπροσθεν), et en arrière (ἔξωθεν), en haut (ἄνω) en bas (κάτωτέστὴν μασχάλην.) Telle est la bonne, la saine manière d'étudier ces déplacements, dont l'histoire comprend ensuite tous les détails anatomiques et physiologiques que chacune de ces espèces vraiment cliniques peut présenter.

BULLETIN DES HOPITAUX.

GOÎTRE ENGAGÉ ENTRE LE STERNUM ET LA TRACHÉE-ARTÈRE; OPPRESSION EXTRÊME ET RONFLEMENT TRACHÉAL; TRAITEMENT PAR L'IMPLANTATION D'ÉPINGLES DESTINÉES A MAINTENIR LA TUMEUR SOULEVÉE AU-DEVANT DU COU, ET PAR LA CAUTÉRISATION PROFONDE AVEC LE CAUSTIQUE DE VIENNE ET LA PATE DE CHLORURE DE ZINC; DESTRUCTION DE LA TUMEUR; GUÉRISON. — Si les goîtres constituent en général plutôt une difformité désagréable qu'une maladie sérieuse, il n'en est pas moins vrai que les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et il est en particulier une espèce de goître susceptible de donner lieu à des symptômes graves, d'autant plus trompeurs, qu'ils ne trouvent pas leur raison d'être dans le volume de la tumeur,

nous voulons parler des goîtres qui, au lieu de s'accroître vers l'extérieur, se portent vers la colonne vertébrale et forment ce qu'on appelle le *goître en dedans*. Les goîtres engagés sous la clavicule sont beaucoup moins fréquents que ceux qui sont situés sous le sternum; c'est alors vers la partie interne de l'os que se trouve la tumeur, et elle est ordinairement le résultat du développement considérable d'un seul lobe de la thyroïde. Dans cette position, les tumeurs dont nous venons de parler affectent parfois des adhérences, mais le plus souvent elles sont mobiles. Il peut même arriver quelquefois que la tumeur, dans certains efforts exagérés de la respiration, déborde complétement l'os au-dessous duquel elle est située, et elle devient ainsi superficielle. Les symptômes de compression cessent alors pour reparaître dès que le goître s'est de nouveau engagé dans a cavité qu'elle s'est formée.

Il y avait évidemment dans cette modification des accidents résultant de l'élévation momentanée de la tumeur, le germe d'une opération destinée à soulager et à guérir les malades. Mais il appartenait à l'un de nos plus ingénieux chirurgiens, M. Bonnet, de Lyon, de la réaliser et d'en tirer toutes les conséquences favorables. Déjà M. Bonnet avait obtenu les meilleurs résultats, chez une jeune fille de quatorze à quinze ans, d'un appareil destiné à maintenir la tumeur constamment soulevée au-dessus du sternum. Il lui vint à l'idée de rendre ce soulèvement de la tumeur définitif, en établissant des adhérences entre la tumeur et les parties qui l'environnent, et la tumeur une fois fixée définitivement, de tenter de la détruire par des cautérisations successives. On va voir que le succès n'a pas fait défaut à cette remarquable conception opératoire :

Claude D..., âgé de treize ans, affecté d'une oppression extrême accompagnée d'un bruit intense à chaque inspiration, fut présenté à M. Bonnet, à la fin de janvier 1850. L'apparition de ces phénomènes datait d'un an et demi, et depuis quelques mois ils avaient acquis une intensité alarmante; la marche même lente, et surtout l'action de monter, provoquaient des efforts d'inspiration très-étendus et très-pénibles; le repos ne faisait pas cesser l'oppression. Nuits agitées; sommeil interrompu par des accès de suffocation renouvelés à chaque instant; inspiration marquée par un véritable bruit de cornage. Tout devait faire penser à l'existence d'une compression exercée sur la trachée-artère. Effectivement, il existait une tumeur arrondie, indolente, du volume d'un petit œuf de poule, à la partie antérieure et inférieure du cou, tumeur qui, dans certains moments, paraissait plus saillante, et dans d'autres semblait disparaître.

Pensant que c'était la présence de la tumeur qui donnait lieu aux accidents, M. Bonnet souleva cette tumeur, qui était mobile, et avec les doigts placés au-dessous d'elle, il chercha à la maintenir au-dessus du sternum. Pendant les quelques instants que la tumeur fut maintenue dans cette position, l'enfant se sentit moins oppressé et la respiration devint moins bruyante; mais la tumeur ne tarda pas à s'échapper et à glisser de nouveau derrière le sternum, et alors l'oppression et le ronflement trachéal se reproduisirent. Cette tendance à descendre derrière le sternum, malgré toutes les précautions qu'on pouvait prendre, en la saisissant de diverses manières, eut lieu dans tous les essais ultérieurs qui furent faits lorsque le malade eut été admis dans la salle de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. L'examen de la poitrine démontrait, d'ailleurs, que la tumeur n'était le siége d'aucune lésion grave; il y avait seulement expectoration catarrhale assez abondante et une sérosité augmentée, qui semblait indiquer un certain degré d'emphysème pulmonaire.

Le 2 février, M. Bonnet pratiqua l'opération suivante : la tumeur étant maintenue soulevée par deux doigts placés entre la partie inférieure et le bord supérieur du sternum, il y enfonça obliquement, de bas en haut et d'avant en arrière, quatre fortes épingles dont les têtes appuyaient sur le bord supérieur du sternum, pour empêcher celle-ci de faire saillie en avant, ou de s'échapper. On y attacha des fils qui furent fixés sur les côtés du cou avec des petites bandelettes de linge imbibées de collodion. Ce premier temps accompli, la tumeur fit saillie au-devant du cou, et n'eut plus aucune tendance à glisser derrière le sternum; la peau qui la couvrait fut cautérisée avec la pâte de Vienne dans une étendue de 5 centimètres en travers sur 3 de hauteur. Sur le derme dénudé, on plaça une couche de pâte de Canquoin, qui fut renouvelée pendant trois jours, chaque matin, après avoir en oin d'enl ever la partie moyenne de l'escarre formée. Malgré les douleurs très-vives causées par cette cautérisation', le malade était beaucoup soulagé, la respiration devint beaucoup moins bruyante, le sommeil moins agité, et l'enfant exprimait sa satisfaction de pouvoir respirer avec plus de facilité.

Neuf jours après la dernière cautérisation, une escarre, épaisse de 2 centimètres environ, se détacha, entraînant avec elle les épingles qui n'avaient pas été enlevées. Malgré cette profonde cautérisation, le goître n'avait été mis à nu que dans une étendue grande comme une pièce de 50 centimes; il ne faisait point hernie en avant; il était seulement fixé au-dessus du sternum : cette fixité suffisait pour produire une grande amélioration. L'enfant, qui n'avait pas cessé de se

lever, pouvait se promener sans oppression dans la salle ; son sommeil était paisible ; un bruit à peine perceptible accompagnait l'entrée de l'air dans les poumons ; il n'avait une certaine intensité que lorsque les inspirations étaient très-étendues.

M. Bonnet jugea alors à propos de faire une seconde cautérisation, afin d'obtenir une hernie de la tumeur par la destruction de toutes les parties molles qui la recouvraient en avant. Cette seconde cautérisation de quarante-huit heures fut faite au fond de la plaie, le 15 février, avec la pâte de chlorure de zinc : elle produisit des douleurs beaucoup plus vives que la première. A la chute de l'escarre, qui eut lieu le 23 février, le goître fit saillie en avant, sa hernie était obtenue. A partir de ce moment, ce qui restait de l'oppression et du bruit pendant l'inspiration disparut complétement.

Quelques jours après, l'enfant fut pris d'une fièvre continue ; la plaie devint blafarde et laissa suinter une quantité énorme de sérosité. M. Bonnet ne tarda pas à reconnaître que cette sérosité suintait d'une cavité creusée dans l'épaisseur de la glande, et dans laquelle on pouvait introduire le petit doigt. Il en cautérisa l'intérieur avec du chlorure de zinc. Cette troisième cautérisation, peu douloureuse, fit cesser la fièvre, et à partir de ce moment, tous les accidents antérieurs et consécutifs de l'opération cessèrent également : la tumeur était détruite.

Le 15 mai, l'enfant sortit de l'hôpital, portant au-devant du cou une plaie de 2 centimètres et demi de diamètre, qui exigea encore quelques jours pour se cicatriser ; il n'éprouvait plus aucun symptôme d'oppression ni pendant la marche ni dans le sommeil : l'entrée de l'air ne faisait plus entendre de bruit anormal, même dans les inspirations les plus étendues.

Nous n'avons pas voulu attendre plus longtemps pour faire connaître à nos lecteurs ce fait intéressant, qui constitue une méthode opératoire véritablement nouvelle. Nous savons cependant que M. Bonnet lui a fait subir des modifications importantes, et nous publierons prochainement un travail spécial sur ce sujet, accompagné de figures explicatives, que notre savant collaborateur a bien voulu nous adresser.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aconit (*Sur l'*) *au point de vue pharmaco-dynamique*. Ce n'est pas seulement en France que l'étude des propriétés de l'aconit a été reprise; dans ces derniers temps, les Revues allemandes ont publié plusieurs mémoires sur ce sujet; l'un des plus importants est sans contredit celui du professeur Schroff, de Vienne. L'auteur a résumé les résultats de ses études sur l'aconit dans les dix propositions suivantes :

1° Les aconits employés en pharmacie peuvent être ramenés à deux espèces : *A. napellus* et *A. variegatum*.

2° La première espèce, ainsi que toutes ses variétés, est beaucoup plus active que la seconde, qu'elle soit sauvage ou cultivée.

3° La plante sauvage renferme plus de substances actives que la plante cultivée.

4° Les substances actives existent dans toutes les parties de la plante; cependant la racine est la partie la plus active; puis la tige avec les feuilles avant la floraison, et en dernier lieu les semences.

5° La plante tout entière est plus active avant la floraison que plus tard; cependant, même alors, elle est de beaucoup inférieure à la racine.

6° Lorsque la plante est desséchée avec soin, et soustraite à l'action de l'humidité, elle conserve longtemps ses propriétés; elle doit être d'un beau vert.

7° L'extrait obtenu du suc de la plante fraîchement exprimée est beaucoup moins actif que l'extrait alcoolique : on peut admettre que l'extrait aqueux est à l'extrait alcoolique comme 1 est à 4.

8° L'aconitine contient la substance narcotique de la plante; mais celle-ci renferme de plus un principe âcre, qui n'a pas encore été séparé; l'aconit est donc un poison narcotico-âcre.

9° L'aconit et l'aconitine provoquent la dilatation de la pupille quand on les applique sur l'œil, ou quand on les donne à l'intérieur.

10° Ces deux substances exercent une action spécifique sur le nerf trijumeau, en provoquant des sensations particulières, le plus souvent douloureuses, sur le trajet des ramifications de ce nerf.

11° Elles augmentent la sécrétion urinaire.

12° Elles exercent une action déprimante sur le cœur et sur l'activité vasculaire, soit immédiatement, soit après une accélération passagère des mouvements du cœur. Cette action est permanente, et en cela l'aconitine diffère de l'atropine et de la daturine, qui augmentent la fréquence du pouls, après avoir exercé pendant peu de temps une action déprimante sur les vaisseaux. (*Viertel Jahrschrift* et *Gaz. méd.*, octobre.)

Amaurose (*Emploi du phosphore dans certains cas d'*). Ce n'est qu'avec une grande réserve que nous entretiendrons nos confrères de cette application particulière du phosphore au traitement de l'amaurose; c'est, en effet, un médicament trop actif pour que son emploi ne doive pas être entouré de très-grandes précautions. Mais, d'un autre côté, les cas dans lesquels M. Strumpf vient le recommander sont tellement graves et tellement rebelles pour la plupart, que l'on comprend très-bien que le médecin se décide à avoir recours à un médicament quelconque lorsqu'il peut en espérer quelque chose. C'est contre l'amaurose occasionnée par une faiblesse nerveuse (asthénie) générale ou locale, par une paralysie complète et récente du nerf optique ou de la rétine, survenue brusquement et non consécutive à des lésions extérieures, non accompagnée d'autres affections et dans laquelle la pupille est encore peu dilatée et n'a pas perdu ses mouvements, quand enfin il n'y a pas de symptômes congestifs, fébriles ou inflammatoires; c'est contre cette forme d'amaurose que Lœbenstein-Lobel donnait le phosphore deux fois par jour et à la dose de deux à dix gouttes d'une solution de 5 centigrammes dans 4 grammes d'huile animale éthérée, ou, dans le cas où celle-ci n'était pas supportée, d'huile de sabine, avec adjonction d'un scrupule d'huile éthérée de girofle et de valériane; après huit jours, il suspendait l'emploi du remède et le remplaçait par d'autres médicaments appropriés, tels que l'arnica, la valériane, etc., auxquels il ajoutait l'emploi externe d'huile de Dippel, contenant du phosphore et de l'huile éthérée de menthe poivrée, ou celui d'huile de girofle et de cajeput avec de l'essence de fourmi. Dans un cas d'amaurose provenant de la sup-

pression de la menstruation, Henning, de Zerbst, a prescrit l'éther phosphorique à la dose de vingt gouttes, trois fois par jour. (*Annales d'oculistique.*)

Chloroforme (*Nouveau fait de version pelvienne facilitée par les inhalations de*). M. le docteur Aug. Millet a publié récemment dans ce journal un travail intéressant, dans lequel il a mis en relief l'application de l'anesthésie dans le cas où l'accoucheur ne peut triompher de la résistance du col utérin pour opérer la version. M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, vient de fournir un nouvel exemple du bienfait de la chloroformisation dans ces cas particuliers de pratique obstétricale. Appelé près d'une femme en travail, M. Maunoury procède au toucher et croit reconnaître une présentation du siége, et comme le col était dilaté, il prescrit 6 grammes de seigle ergoté en poudre, 4 grammes d'abord, réservant les 2 autres grammes pour le moment où le corps de l'enfant sera totalement engagé dans l'excavation. Sous l'influence des contractions énergiques stimulées par l'ergot, l'épaule et le bras gauche s'engagent dans le canal vaginal. Reconnaissant son erreur, M. Maunoury voulut tenter la version; mais l'utérus, encore sous l'influence de l'action du seigle ergoté, ne permit pas l'introduction de la main; un confrère appelé ne fut pas plus heureux. Les deux praticiens se décidèrent alors à endormir la femme au moyen du chloroforme, l'anesthésie fut rapide et complète, et la version opérée alors avec une facilité extrême; en moins d'une minute l'enfant fut amené au dehors, il était sans vie. Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, bien que la femme fût encore sous l'influence du chloroforme, les fibres du corps de l'utérus se contractèrent comme dans l'état normal et la cavité diminua. Un quart d'heure après, la délivrance s'opéra au moyen de quelques tractions modérées sur le cordon; le corps de la matrice revint complétement sur lui-même; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les suites de couches furent très-heureuses, et douze jours après la femme se levait et vaquait à ses occupations. L'action du chloroforme, comme le fait remarquer M. Maunoury, a été: 1° de neutraliser la rigidité des fibres du col, rigidité provoquée par l'administration intempestive du seigle ergoté, par conséquent de permettre avec facilité l'introduction de la main et l'opération de la version; 2° de ne pas empêcher les contractions des fibres du corps de la matrice, par conséquent de laisser revenir les parois utérines sur elles mêmes, après la sortie du fœtus. (*Gaz. méd.*, octobre.)

Coup de soleil (*Emploi de l'éther acétique dans le traitement du*). Un médecin d'Eisfeld, M. le docteur Weisenberg, vante comme très-efficaces dans le traitement de cet accident les moyens qui suivent: il fait lotionner le front, les tempes, les joues les mains et la poitrine avec l'éther antique dissous dans du vinaigre du vin (8 grammes sur 120 grammes). A l'intérieur, il faisait le même remède, mais formulé différemment: 8 grammes sur 60 grammes de vinaigre; à prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café. Il recommande aussi le séjour dans un appartement frais, et dans les cas graves accompagnés de forte congestion cérébrale, les déplétions sanguines générales et locales. (*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

Fièvre typhoïde (*Emploi du goudron dans le traitement de la*). Il est inutile de le nier, nous ne possédons pas encore de traitement bien efficace et bien certain contre la fièvre typhoïde, et il est probable que cette maladie déjouera longtemps encore les efforts de ceux qui vont à la recherche de moyens nouveaux ou de méthodes nouvelles destinés à la guérir. Il ne s'ensuit pas, cependant, que tous les efforts aient été stériles, et si le traitement de la fièvre typhoïde pèche comme ensemble, il est, au contraire, certains points assez bien établis, et nous croyons en particulier que l'emploi des évacuants et des mercuriaux a rendu un véritable service, en éloignant surtout les médecins des émissions sanguines répétées, auxquelles ils étaient conduits par des idées purement systématiques. Mais d'une simplification, d'une abréviation même de la maladie, dans certains cas, à une curation proprement dite, il y a loin, et malheureusement la fièvre typhoïde se jouera encore trop souvent de ces faibles barrières que nous lui opposons. M. le docteur Chapelle, d'Angoulême, sera-t-il plus heureux dans l'emploi qu'il recommande aujourd'hui du goudron contre la fièvre typhoïde et l'état typhoïde? En lisant attentivement ce que ce médecin dit de l'état typhoïde, en parcourant les observations qu'il a rapportées, on reconnaît facilement

qu'il s'agit simplement de ces cas d'embarras gastriques, de fièvre éphémère prolongée ou synoque, qui ne méritent le nom de typhoïdes que pendant un temps très-court, et pour lesquelles le cachet typhoïde n'est qu'une apparence trompeuse et passagère. Nous n'en dirons pas autant des fièvres typhoïdes de M. Chapelle, ce sont bien de véritable fièvres typhoïdes ; mais quelle a été l'influence du traitement sur ces fièvres? très-faible, si même elle a existé. Que voyons-nous dans la première observation? Une enfant de dix ans, au douzième jour de la maladie, qui entre en convalescence, du seizième au vingtième jour. Dans la deuxième? une jeune fille de seize ans, au quatrième ou cinquième jour, dont la convalescence s'est établie au vingt-un ou vingt-deuxième jour. La troisième observation nous montre un jeune homme de dix-neuf ans, qui peut être considéré comme en convalescence au quinzième jour. Nous ne dirons rien de la quatrième, qui peut être rapportée à ces formes insidieuses de phthisie pulmonaire, qui ont été prises si souvent pour des fièvres typhoïdes. Les détails de l'observation rapportée par M. Chapelle ne témoignent pas non plus d'une grande action exercée sur les symptômes de la maladie : rien de comparable à ces grandes modifications produites par les purgatifs ou par le froid. Le seul point qui nous paraisse digne d'être noté, c'est peut être l'influence exercée sur la convalescence qui, si elle ne se produit pas plus vite, paraît au moins se consolider plus rapidement, et s'il en était ainsi, ce résultat ne serait certainement pas à dédaigner, car tout le monde connaît la longue durée de ces rétablissements consécutifs à la fièvre typhoïde.

C'est au goudron, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que M. Chapelle a recours, tant en tisanes qu'en lavements. La tisane se prépare par macération : 60 grammes de goudron liquide dans un vase de la capacité d'un litre environ, qu'on remplit d'eau chaude et dont le malade boit après quelques heures de contact ; on renouvelle le liquide dès qu'il s'épuise, cette quantité de goudron devant servir pour toute la durée de la maladie. Les lavements se préparent en mêlant et battant ensemble un jaune d'œuf ou deux, suivant leur grosseur, avec une cuillerée à bouche de goudron liquide, puis on délaye ce mélange dans trois quarts environ de litre d'eau tiède; ce liquide sert ordinairement pour deux lavements. Le malade doit boire de la tisane autant qu'il peut. Quant aux lavements, il est important d'y insister, d'autant plus qu'on éprouve plus de dégoût pour la tisane ; il faut faire en sorte que l'intestin en contienne toujours une certaine quantité; quelquefois on est obligé d'en administrer six, huit, dix dans les vingt-quatre heures. Si le malade est pris de diarrhée, l'usage de ces lavements la fait promptement cesser. Dans l'espace de deux ou trois jours, l'usage simultané de ces lavements et de cette tisane, dit M. Chapelle, triomphe de ce qu'il appelle l'état typhoïde. La fièvre typhoïde de moyenne intensité, appelée généralement fièvre muqueuse, demande pour sa disparition près du double de temps. La fièvre typhoïde proprement dite, quelle que soit sa forme, est vaincue dans ses phénomènes essentiels, dans l'espace de huit à dix jours. En suivant rigoureusement ce seul traitement, ajoute-t-il, on voit chaque jour la peau perdre de sa sécheresse et de sa chaleur, la langue s'humecter et se dépouiller de ses rugosités, le ventre présenter moins de tension et de sensibilité, le sommeil devenir plus calme, les matières fécales acquérir une odeur de plus en plus normale, et les facultés digestives se réveiller de leur torpeur. — Nous avons voulu reproduire cette partie du travail de M. Chapelle, pour montrer les espérances conçues par l'auteur ; mais tout en ne les partageant pas, il nous semble que ces expériences avec le goudron pourraient être réputées sans danger, et peut-être même avoir quelques avantages pour les malades, ne fût-ce que comme tonique, comme moyen de hâter et de consolider la convalescence. (*Union méd.*, août et septembre.)

Nouveau-nés (*Nouveaux exemples de la conservation de la vie chez les*) *sans respiration*. C'est un fait établi par les médecins légistes que, dans certaines circonstances, la vie peut persister quelque temps chez les nouveau-nés, sans que la respiration s'établisse. Aux exemples connus, M. Maschea ajoute les deux suivants :

Obs. I. Une jeune servante, non mariée, accouche, à quatre heures et demie du matin, dans la position debout, appuyée contre la muraille d'une étable ; l'enfant tombe par terre, entraînant le placenta. Revenue à elle, elle relève l'enfant, et, le trouvant froid et ne respirant pas, elle le croit

mort et forme immédiatement le projet de l'enterrer. L'enveloppant dans son tablier avec l'arrière-faix encore attaché au corps, elle se rend dans le jardin, où elle creuse une fosse dans laquelle elle dépose son enfant. Quelques heures après, des soupçons s'étant élevés, on la contraint à tout avouer. Un chirurgien et une sage-femme sont conduits par elle dans le jardin; l'enfant est déterré; la sage-femme, après avoir lié le cordon, qui ne battait plus, sépare le placenta; puis le chirurgien cherche à rappeler l'enfant à la vie par des frictions, des lavements, des insufflations d'air, etc. *Au bout de deux heures*, on remarque une faible respiration, qui devient de plus en plus sensible, et bientôt l'enfant donne des signes de vie manifestes. Il prit le sein avec avidité, mais mourut au bout de trois jours: la vie s'était conservée chez ce petit être pendant cinq heures entières, sans qu'il eût respiré.

Obs. II. Un enfant est mis au monde à midi, dans un état de mort apparente; toutes sortes de moyens propres à le rappeler à la vie ayant été employés sans succès pendant une heure, on le regarde comme réellement mort, d'autantplus qu'il devenait de plus en plus froid et vergété. Vers le soir, le corps fut mis dans un cercueil et placé près d'une fenêtre ouverte, le cercueil restant ouvert. Le lendemain, à onze heures, vingt-trois après l'accouchement, M. Maschca vint par hasard dans la maison; on le pria d'examiner le cadavre; celui-ci était tout froid, bleuâtre, les yeux et la bouche fermés. Frappé du fait de la mobilité des articulations et de l'absence de roideur cadavérique, quoiqu'il ne s'élevât aucun doute dans son esprit sur la mort de l'enfant, il appliqua son stéthoscope sur la région du cœur. « Quel ne fut pas mon étonnement, dit-il, lorsque j'entendis les bruits du cœur, faibles, à la vérité, et à de longs intervalles, mais d'une manière distincte. » On renouvela les tentatives pour ranimer l'enfant, mais sans succès. Les bruits du cœur devinrent plus faibles et plus rares, et finirent par cesser tout à fait. L'examen des poumons montra que ceux-ci n'avaient pas respiré.

Ces faits rappellent aux praticiens que l'absence de la respiration n'est pas un motif pour faire croire à la mort réelle des nouveau-nés, et qu'on ne saurait trop insister sur la mise en œuvre des moyens propres à provoquer les mouvements respiratoires et circulatoires. (*Viertel Jahrsrift* et *Gaz. méd.*, octobre.)

Phosphore (*Emploi du*) comme *caustique dans le traitement du cancer*. Le vent souffle décidément à l'emploi des caustiques dans le traitement du cancer. Il semble cependant que la déconvenue et l'effondrement si complet du caustique Landolfi devraient rendre les médecins un peu plus réservés dans leurs affirmations à cet égard. L'expérience montre malheureusement de jour en jour que les opérations sanglantes ou autres pratiquées contre le cancer ne constituent pas un traitement bien sûr et surtout bien efficace. Quoi qu'il en soit, le caustique que vient proposer M. Tunfried, et auquel il attribue la propriété de guérir la cachexie, n'est autre que du phosphore très-divisé par la fusion dans l'eau bouillante et l'agitation pendant le refroidissement, qu l'on étend en épaisseur de 1 millimètre sur la surface que l'on veut attaquer, et qui a été préalablement couverte d'huile, si elle n'est pas désorganisée. Cette application faite, on met le feu au phosphore sur plusieurs points à la fois; la combustion est rapide, la douleur ne dure qu'un instant, et il y a formation d'acide phosphorique et d'oxyde de phosphore qui tapissent toute la plaie et la pénètrent profondément, plus profondément que tout autre caustique. D'après M. Tunfried, et nous n'avons pas besoin de dire que nous ne nous portons pas garant de son assertion, l'oxyde de phosphore et l'acide phosphoreux agissent d'une manière toute spéciale, spécifique en un mot. L'élément cancéreux se combinerait à l'acide phosphorique, et l'enveloppe cellulaire dans lequel il se trouve serait détruite. Dès lors, le mal s'arrêterait sur sa pente rapide, et, par un régime composé de végétaux et l'emploi de plusieurs plantes de la famille des ombellifères, la guérison radicale pourrait être obtenue. (*Presse médicale belge.*)

Pneumonie *fibrineuse* (*Sur la*). Tel est le nom donné par M. Cadiot à une forme particulière d'inflammation du parenchyme pulmonaire, qui s'accompagne de l'exsudation d'une matière fibrino-albuminense, laquelle se concrète dans les bronches et en oblitère la cavité. C'est à tort, suivant ce médecin, que cette maladie a été décrite par les Allemands sous le nom de bronchite fibrineuse, ayant pu s'assu-

rer, dit-il, que le travail inflammatoire n'avait pas envahi les bronches oblitérées dans les pneumonies qui donnent lieu à l'exsudation plastique, caractère spécial de cette affection. C'est à tort également que cette maladie a été confondue avec la bronchite diphthéritique ou pseudo-membraneuse, les productions fibrineuses diffèrent des productions diphthéritiques en ce qu'elles n'adhèrent pas aux parois comme ces dernières, et ne présentent aucun signe d'inflammation. Au milieu du tissu pulmonaire hépatisé à un degré plus ou moins avancé, on voit sourdre par la pression, au niveau des surfaces de section des bronches, des points du volume d'une tête d'épingle. Si on les tire au dehors avec une pince, on amène des cylindres blancs, vermicellés, qui constituent la maladie. Mais cette pneumonie, appelée fibrineuse par l'auteur, a-t-elle des caractères symptomatologiques et diagnostiques, une étiologie, une marche, une durée, une terminaison différentes des autres pneumonies? Sur tous ces points, nous regrettons de le dire, le travail de M. Cadiot laisse beaucoup à désirer.

« Lorsque, chez un pneumonique, on constate, dit il, au deuxième ou au troisième jour, une matité considérable, avec souffle tubaire et bronchophonie intense, une absence ou une durée éphémère des râles crépitants ou sous-crépitants, une expectoration peu ou point sanguinolente ou même nulle, enfin, un appareil très-grave de symptômes généraux, on peut presque à coup sûr se prononcer pour la formation de concrétions fibrineuses. C'est surtout dans la marche de la pneumonie, dans l'ensemble et la combinaison des symptômes locaux que le raisonnement puisera ses ressources pour arriver au diagnostic; il est constant que dès le deuxième ou le troisième jour, le pouls, dans la pneumonie fibrineuse, devient extrêmement petit et fréquent, 120, 140 pulsations; la face s'altère, exprime une anxiété très-grande, une angoisse qui annonce l'asphyxie. » Mais comment pourrait-on être assez hardi pour porter un pareil diagnostic sur des symptômes aussi vagues et susceptibles d'appartenir à toutes les espèces possibles de pneumonie? La présence dans l'expectoration de ramifications polypiformes, creuses, ramifiées, pourrait seule fixer le diagnostic; encore resterait-il à savoir comment établir la distinction de ces concrétions fibrineuses d'avec les productions pseudo-membraneuses proprement dites; malheureusement il arrive souvent que cette expectoration manque aussi. Il n'est pas difficile de concevoir que la présence de pareilles ramifications dans les bronches ajoute beaucoup à la gravité de la pneumonie; mais, en présence d'un diagnostic aussi incertain, nous avons peine à comprendre que l'auteur ait pu faire honneur du succès à un traitement quelconque et réprouver des méthodes thérapeutiques d'une efficacité reconnue, parce qu'elles avaient échoué dans des cas où l'autopsie seule est venue lever les doutes. Quoi qu'il en soit, nous ferons connaître ce que l'auteur dit du traitement de cette forme de pneumonie.

« Les émissions sanguines, si utiles dans la pneumonie ordinaire, ne conviennent dans la pneumonie fibrineuse que tout à fait au début, avant la formation de l'exsudat plastique, alors qu'elles peuvent encore diminuer l'engouement et arrêter le travail inflammatoire avant l'altération du tissu pulmonaire. Le tartre stibié est également ici complétement inefficace. Dans le cas où l'on supposerait l'existence d'une concrétion volumineuse, le tartre stibié ou le sulfate de cuivre à dose vomitive en favoriseront l'expulsion. L'auteur pense que la meilleure médication est celle par les mercuriaux; le calomel à doses fractionnées, 1 gram. ou 1 gram. 50 cent. en 12 paquets dans les vingt-quatre heures, suivant la méthode du docteur Gobée. Le professeur Schutzenberger, dans le service duquel l'auteur a étudié cette maladie, préfère à toute autre médication les frictions mercurielles aidées à l'intérieur de l'usage du sublimé, qui a des propriétés antiphlogistiques plus fortes que celles du calomel et n'a pas autant que lui l'inconvénient de produire des stomatites ou des gangrènes de la bouche. Dans plusieurs cas de pneumonie fibrineuse bien confirmée, deux ou trois frictions mercurielles de 5 grammes chacune d'onguent napolitain, trois ou quatre, rarement cinq, doses de 5 milligrammes de sublimé, ont toujours suffi pour modifier très-favorablement et très-rapidement les symptômes dus à l'oblitération des voies bronchiques. » (*Thèses de Paris*, 1855.)

Séton à la nuque (*Nouveau procédé pour établir et entretenir le*). Est-ce réellement au procédé adopté par la pratique usuelle qu'est due la prévention de certains auteurs modernes

contre le mode de révulsion dans beaucoup de maladies siégeant à la tête et particulièrement dans les maladies des yeux? M. Bouvier le pense; aussi s'est-il appliqué à chercher un procédé plus simple et moins douloureux que celui mis en usage, et voici de quelle manière M. Bouvier a modifié le mode opératoire du séton et du pansement consécutif : au lieu du bistouri ou de la large lame à double tranchant, appelée aiguille à séton, M. Bouvier se sert d'une aiguille véritable, très-étroite, terminée en fer de lance pour pénétrer les tissus, droite ou courbe, selon que le séton doit avoir une direction transversale ou longitudinale. Au lieu de mèche de coton ou de la bandelette de linge effilée sur ses bords, destinée à rester à demeure dans la plaie, il emploie un simple fil, un mince cordonnet couvert d'un enduit imperméable qui le rend peu altérable au contact du pus. La matière des fines bougies urétrales est très propre à cet usage. Afin de rendre l'introduction du cordonnet plus facile, l'aiguille porte du côté opposé à la pointe, au lieu de chas, une fente ou pince faisant ressort, dans laquelle se trouve fixée l'extrémité du fil, que l'on évite ainsi de replier en deux, comme dans les aiguilles ordinaires. Veut-on passer un fil double; le milieu de l'anse qu'il représente est arrêté de la même manière dans la pince de l'aiguille, et l'anse reste entière lorsqu'on a enlevé l'instrument. Les avantages de cette méthode sont, d'après M. Bouvier, les suivants : peu de douleur, perpétuité du séton. S'il y a de la tendance de la part des ouvertures à se rapprocher, on prévient l'ulcération en détachant le fil et en faisant à ses extrémités un ou plusieurs nœuds qui l'empêchent de s'échapper : on prévient ainsi le tiraillement des orifices, et le pansement est rendu des plus simples. Dans le cas où l'irritation est insuffisante avec un fil, on peut en ajouter plusieurs, et doser en quelque sorte le remède et le proportionner au mal. La difformité de la cicatrice est très facile à dissimuler. M. Bouvier donne la préférence à des fils très-fins, faits avec la matière qui sert à confectionner les bougies dites élastiques; la gutta-percha lui paraît trop dure. Il en est à plus forte raison de même des fils métalliques. Cependant, cet expérimentateur se sert de chaînes flexibles construites avec des métaux difficilement oxydables, l'argent, l'or et le platine. L'emploi du séton ainsi perfectionné permet au malade de conserver l'exutoire pendant un temps plus long; selon la nature des mèches, on le rend plus ou moins actif.

La communication de M. Bouvier a soulevé au sein de l'Académie une grande discussion. Tandis que la plupart des orateurs se sont bornés à discuter la valeur des diverses espèces d'exutoires, et en particulier celui des sétons réduits aux dimensions préconisées par le médecin de l'hôpital des Enfants, M. Malgaigne a abordé la question de doctrine, la révulsion. Qu'on abuse des exutoires dans le traitement de certaines affections et des tumeurs blanches en particulier, ce n'est pas une raison pour en bannir l'usage. N'est-ce pas s'inscrire en faux contre l'expérience des siècles que de venir nier le grand fait de la révulsion; aussi nous serons plus utile à nos lecteurs en leur signalant les réserves émises par M. Velpeau, sur l'action thérapeutique des sétons réduits à cette petite dimension. On peut, il est vrai, multiplier les fils et avoir alors un exutoire d'une plus grande dimension, mais dans ce cas, le séton reparaît avec ses inconvénients, c'est-à-dire qu'il peut produire non-seulement une inflammation voisine, mais encore une irritation à des distances assez considérables : ainsi, dans les maladies des yeux, M. Gerdy les a vu augmenter quelquefois les congestions oculaires, l'inflammation de la conjonctive, de sorte que le moyen va alors contre le but qu'on se propose. Ces résultats ont conduit M. Gerdy à préférer dans les maladies des yeux et de la tête des petits cautères appliqués derrière la tête, sur le cuir chevelu préalablement rasé, et qu'on peut dissimuler sous les cheveux.

Les sétons réduits à la dimension que recommande M. Bouvier ne sont pas une chose nouvelle; il y a bon nombre d'années que M. Desportes a publié, dans ce journal (tome XXIV, p. 332), un travail dans lequel ce médecin appelait l'attention des praticiens sur les avantages des sétons de très-petite dimension, en insistant sur un point très important, que n'a pas encore éclairé la discussion, c'est-à-dire l'indication spéciale de ces exutoires. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, octobre.)

Vers intestinaux. *Action anthelminthique du sulfate de quinine.* Aux propriétés si nombreuses et si efficaces du sulfate de quinine, il faut ajouter, d'après M. Delvaux, une action anthel-

minthique que ce médicament paraît devoir à ses propriétés amères. Le sulfate de quinine agit donc comme les autres anthelminthiques amers, tels que l'absinthe, la centaurée, etc. La quantité de sulfate de quinine qu'il faut administrer varie suivant l'âge des sujets. De l'âge de deux à dix ans, la dose est de 0,20 à 0,40 dans les vingt-quatre heures. Si le sujet est plus âgé, on porte la dose à 0,40 ou 0,60 dans les vingt-quatre heures. Lorsque le sulfate a produit l'effet voulu, on diminue graduellement la dose. Pendant l'administration de cet agent, on soumet le malade à une alimentation douce. En général, il n'est pas nécessaire de recourir aux évacuants Dans quelques cas cependant, il est bon d'administrer l'huile de ricin ou le sirop de rhubarbe.

Voici maintenant les formules que l'on peut suivre pour son administration :

1° *Poudres anthelminthiques au sulfate de quinine :*

Sulfate de quinine... 3 à 6 décigr.
Sucre............... Q. S.

Divisez en paquets de 1 décigr. — A prendre un paquet d'heure en heure.

2° *Pilules anthelminthiques au sulfate de quinine :*

Sulfate de quinine.... 3 à 6 décigr
Miel, poudre d'althæa, de chaque Q. S.

Faites des pilules de 1 décigr — A prendre une pilule d'heure en heure.

3° *Electuaire anthelminthique au sulfate de quinine :*

Sulfate de quinine... 2 à 4 décigr.
Miel blanc.......... 60 grammes.

A prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

4° *Sirop anthelminthique au sulfate de quinine pour les jeunes enfants :*

Sulfate de quinine.. 2 à 3 décigr.
Sirop d'écorce d'orange.......... 40 grammes.

A prendre par cuillerée à café.

5° *Lavement anthelminthique au sulfate de quinine :*

Sulfate de quinine..... 3 à 4 décig.
Acide sulfurique...... Q. S.
Eau distillée.......... 260 gramm.

(*Presse méd. belge.*)

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE. — APPAREILS ORTHOPÉDIQUES A FORCES ÉLASTIQUES.

L'art est appelé à intervenir contre les difformités soit du corps, soit des membres, alors seulement qu'elles sont produites. La cause en est multiple. A voir le luxe étalé dans la construction des appareils mécaniques employés de nos jours pour combattre ces difformités, ne dirait-on pas qu'on a calculé leur efficacité d'après leur matériel et leur complication ? Ce ne sont quo vis, ressorts de toute espèce, lames élastiques, rouages, cries, tourniquets, etc., en un mot, un étalage mécanique plus propre à effrayer les pauvres patients qui doivent s'en servir, qu'à produire des résultats avantageux pour la cure des difformités contre lesquelles ils sont mis en usage. La faute en est un peu aux médecins, qui trop longtemps ont abandonné aux mécaniciens les principes qui doivent les guider dans la confection de ces appareils. Si ceux ci apportent quelques modifications aux modèles de leurs devanciers, c'est pour les compliquer davantage et frapper les yeux des malades par une grande difficulté d'exécution vaincue. Bon nombre de montres d'exposants nous en ont fourni de nombreux échantillons. Dans quel état doivent se trouver les muscles et les vaisseaux, lorsqu'ils ont été comprimés par ces lourdes machines ? Si, après les avoir employés quelque temps, les malades ne sont pas obligés de les mettre de côté par la douleur qu'ils causent, il en résulte que les vaisseaux et les nerfs comprimés apportent moins de sang et de chaleur; que les muscles déjà affaiblis, au lieu de se fortifier, s'affaiblissent chaque jour davantage par la compression qu'ils subissent et l'immobilité à laquelle ils sont condamnés.

Pour qu'un appareil soit vraiment utile, il faut qu'il soit très-simple, comme l'attelle des fractures, qu'il comprime les membres par la moindre surface possible, et qu'il n'agisse que par degrés, en mettant en jeu l'action musculaire, au lieu de l'écraser, ainsi qu'on a l'habitude de le faire. Nous n'avons pas à aborder ici les données de physiologie pathologique sur lesquelles repose le traitement d'un grand nombre des difformités, et devons nous borner à signaler un nouveau genre d'appareils destinés à mettre en jeu cette action.

Lorsqu'un muscle cesse d'agir, la contraction tonique de son antagoniste persiste, et souvent même augmente, et finit à la longue par entraîner le membre dans une attitude vicieuse. Cette force tonique, toute faible qu'elle paraisse, comme elle ne sommeille jamais et agit d'une manière continue, elle arrive à triompher de la résistance des ligaments, au point de les allonger et de changer les rapports et la forme des surfaces articulaires. Or, une force analogue à la tonicité musculaire, une force élastique artificielle, pouvant être opposée à l'action des muscles, même contracturés, on a de grandes chances de triompher de cette cause productrice des difformités. De là un premier ordre d'appareils.

Voici la donnée physiologique relative au second ordre :

Le mouvement d'un membre n'est pas seulement le résultat de l'action des muscles destinés à le porter dans la direction donnée. En même temps que les muscles producteurs de ce mouvement se contractent, les muscles antagonistes, ainsi que Winslow l'a fort judicieusement fait remarquer, agissent et modèrent l'action des premiers. Le mouvement volontaire est donc le résultat de la contraction de muscles de deux ordres, les fléchisseurs et les extenseurs, par exemple. Il résulte de la connaissance de ce mécanisme qu'il est possible de remplacer ou de seconder par une force élastique l'action volontaire des muscles paralysés, ou trop affaiblis, quand les muscles antagonistes sont sains ou encore assez puissants pour produire les mouvements opposés.

On trouve, disséminées dans les annales de l'art, quelques ingénieuses applications de ces données ; mais il fallait la découverte de la vulcanisation du caoutchouc pour permettre de tirer parti des ressources nombreuses que les appareils fondés sur ces principes sont destinés à rendre. M. Duchenne, plus que tout autre, était appelé à constater les services que les appareils à force élastique peuvent rendre pour le traitement de certaines paralysies localisées. Comme exemple d'application, nous allons décrire quelques-uns des modèles exposés par M. Charrière fils et M. Mathieu.

L'appareil ci-après a été fabriqué pour un enfant de dix ans dont les muscles fléchisseurs de l'avant-bras étaient atrophiés. Jamais il n'avait pu se servir de son membre, qui restait pendant le long du corps. M. Duchenne ne voulut pas se borner à l'électrisation localisée des muscles malades, et, dès que quelques fibres musculaires reparurent, il voulut y joindre les exercices gymnastiques. Un appareil à force élastique devait permettre au petit malade de s'y livrer sans danger. La figure ci-après en expose le mécanisme :

B. C. sont deux montants en fer, articulés au niveau du coude; ils se fixent aux parties supérieure et inférieure du membre, à l'aide de deux cercles de fer rembourrés. Une bande ou un tube de caoutchouc vulcanisé, prenant son point d'attache à chacune des extrémités de l'appareil, vient suppléer l'action incomplète des muscles fléchisseurs de l'avant-bras : les fibres musculaires sont mues sans grand effort de contraction. Grâce à cet ingénieux appareil, l'enfant peut se servir de son membre, condamné auparavant à l'inaction.

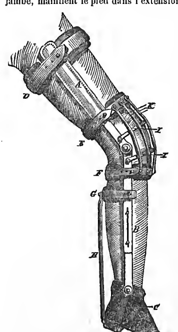
Dans les cas de paralysie partielle, l'appareil peut être construit d'une manière plus simple. Ainsi, pour un malade, du service de M. Nélaton, affecté d'une paralysie des mêmes muscles que l'enfant ci-dessus, M. Duchenne s'est borné à fixer la bande de caoutchouc à deux bracelets placés, l'un au poignet, l'autre à la partie supérieure du bras. Afin d'éviter d'avoir recours à une constriction énergique qui aurait nui à la nutrition du membre, le bracelet inférieur fut cousu à un gant de peau, tandis que le bracelet supérieur fut maintenu, à l'aide d'une longue courroie, qui, après avoir pris son point d'appui sur l'épaule du même côté, en forme de bretelle, descendait derrière le dos, passant sous l'aisselle du côté opposé et la face antérieure de la poitrine, pour venir prendre son point d'attache à la boucle du bracelet à laquelle était fixée l'autre extrémité de la courroie.



Cette différence dans la construction des appareils était commandée par la nature de la maladie. L'atrophie musculaire, alors même qu'elle est plus récente que celle dont le petit garçon était affecté, guérit plus lentement qu'une paralysie; l'appareil doit donc être en état de résister pendant un plus longtemps. Le point le plus essentiel est que la tension du ressort soit proportionnée à l'état des muscles auxquels il doit venir en aide. Lorsque le tube de caoutchouc n'est pas d'une épaisseur trop considérable, les malades, à l'aide de leur triceps, étendent leur avant-bras aussi lentement qu'ils veulent, et par l'action de ce muscle modérateur le tiennent fléchi à tous les degrés, à la moitié, au tiers, au quart. Lorsque le triceps brachial se relâche, le ressort, libre de toute résistance, ramène l'avant-bras dans la flexion.

Voici un appareil plus compliqué; il a été construit pour un petit malade affecté d'une paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. L'altération portant sur les extenseurs de la jambe sur la cuisse ne lui permettait pas de se servir de son membre. M. Duchenne lui fit porter un appareil construit d'après les mêmes principes, c'est-à-dire dont le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse était produit par des bandes de caoutchouc vulcanisé. Voici la description qu'en donne l'auteur. La figure ci-jointe représente la moitié externe d'un appareil destiné à suppléer à l'action des muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse et extenseurs du pied sur la jambe, quand, ces muscles étant paralysés, leurs antagonistes sont sains. Il se compose de montants en fer placés en dedans et en dehors du membre A, B, articulés au niveau du genou et de la cheville; à leur partie inférieure ils sont fixés à une sorte d'étrier qui traverse la semelle d'une bottine. Les montants de la cuisse et de la jambe sont reliés entre eux par des cercles de fer D, E, F, et disposés de manière à maintenir l'appareil fixé à la cuisse et à la jambe. A la partie antérieure des cercles E, F, placés l'un au dessus l'autre au-dessous du genou, sont attachés six tubes en caoutchouc vulcanisé I, I, I, qui, suppléant à l'action des muscles cruraux atrophiés, maintiennent solidement la jambe dans l'extension sur la cuisse, la résis-

tance de ces ressorts étant proportionnée à la puissance des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, de telle sorte que ces derniers puissent produire la flexion. Un ressort de caoutchouc vulcanisé H, s'attachant au talon des montants de la jambe, maintient le pied dans l'extension et remplace de cette façon les gastrocnémiens atrophiés. L'appareil ainsi disposé, le petit malade peut exécuter alternativement des mouvements d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse d'une manière graduée ou brusque, se tenir dans la station ou marcher, comme s'il possédait ses muscles cruraux; seulement, on le conçoit, le mouvement d'extension se fait avec moins de force. Le ressort H extenseur du pied sur la jambe empêche le malade, dont les gastro-cnémiens sont atrophiés, do marcher seulement sur le talon pendant que la pointe du pied est relevée par les muscles fléchisseurs qui sont sains.



Nous n'avons pas à faire ressortir les avantages de ces sortes d'appareils, qui viennent en aide aux muscles affaiblis, et leur permettent de se contracter dans la mesure de leur force: non-seulement ils rendent possibles des exercices gymnastiques qui secondent puissamment l'action thérapeutique de l'électrisation localisée, mais ils s'opposent encore à des difformités secondaires. Ainsi, j'ai parmi mes malades du dispensaire un jeune homme affecté d'une paralysie des muscles animés par le proplité externe, produite par un coup de feu qui a labouré la cuisse dans toute son étendue; grâce à un appareil de ce genre, j'ai prévenu la formation d'un pied-bot, et mon malade attend avec patience depuis près de trois années sa guérison, car, pendant ce long laps de temps, je suis parvenu à le faire marcher aussi facilement qu'avant son accident.

Lorsque les praticiens seront bien pénétrés des nouvelles ressources qu'ils possèdent désormais, ils interviendront plus tôt dans les traitements orthopédiques, et s'ils ne parviennent pas toujours à prévenir les difformités, ils en ralentiront du moins la marche et en limiteront le développement.

Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux est composé commo suit : *Juges :* MM. Bouillaud, Natalis Guillot, Vernois, Richet ot Désormaux. —*Suppléants :* MM. Beau et Maisonneuve.

La scienco vient de faire une perte prématurée : M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Chorité, auteur de travaux remarquables sur les ferrugineux, sur la digitaline, sur le lait, a succombé à une affection chronique des poumons.

M. le professeur Grisolle vient d'être nommé médecin du lycée Napoléon, en remplacement du respectablo docteur Levraud, qui vient do mourir après cinquante ans d'exercice.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection iodée (1).

Par le docteur CHAVANNE, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon.

De toutes les méthodes thérapeutiques dues à la science moderne, aucune peut-être n'a reçu autant et d'aussi heureuses applications que l'emploi chirurgical de l'iode et de ses composés. A voir la prodigieuse activité et la hardiesse sans exemple qui ont présidé aux tentatives faites dans ces derniers temps par les chirurgiens surtout, et couronnées des succès les plus nombreux; à voir l'extension considérable vite et solidement acquise par la nouvelle méthode en général, et par la méthode des injections en particulier, on dirait qu'il ne reste plus au précieux métalloïde le moindre coin pathologique à défricher.

Une seule méthode, fille aussi des temps modernes, peut rivaliser avec celle des injections iodées, par le nombre de ses applications et de ses succès; nous voulons parler de la méthode sous-cutanée.

Il est facile de voir les liens d'étroite parenté qui unissent ces deux méthodes. Elles sont nées de la même pensée; elles sont sœurs, elles se ressemblent, et dans le fond et dans la forme. Toutes deux se proposent, en définitive, d'obtenir la cicatrisation, l'adhésion de tissus dans lesquels l'inflammation suppurative serait le plus souvent dangereuse, et, dans ce but, toutes deux opèrent soigneusement sous la peau, à l'abri de l'air. De plus, l'une et l'autre, loin de laisser sur leur passage des traces de mutilation, rétablissent, dans beaucoup de cas, l'intégrité des parties détruites par un vice originel ou accidentel. L'aînée des deux, la méthode sous-cutanée, a ouvert à l'autre la voie principale du manuel opératoire, celle-ci en a profité; aussi, sans passer par les mille tâtonnements imposés à une méthode naissante, elle n'a eu qu'à marcher de conquête en conquête, et s'est bien vite popularisée dans la pratique.

On injecte de l'iode dans les articulations (hydrathrose, pyarthrose), dans le péritoine (ascite), dans la plèvre (hydrothorax, em-

(1) M. Bonnet, lors de son voyage récent à Paris, avait signalé à notre attention ce nouvel essai de la médication iodée. Nous sommes heureux de pouvoir emprunter à la Gazette médicale de Lyon le récit de la tentative de notre savant collaborateur, que M. Chavanne vient d'adresser à l'Académie des sciences. Cette observation, jointe à celle de M. Aran, vient clore la série des cavités closes au sein desquelles on pouvait injecter la teinture d'iode.

(*Note du rédacteur en chef.*)

pyème), dans l'arachnoïde cérébrale (hydrocéphalie) et spinale (spina-bifida); dans toutes les cavités accidentelles contenant un liquide purulent ou séreux (abcès froids par congestion, kystes divers, kystes hydatiques, kystes de la thyroïde, de l'ovaire), etc. Enfin, il semble difficile aujourd'hui de trouver une nouvelle application de cette méthode déjà si riche. C'est pourtant une nouveauté de ce genre que nous nous proposons de signaler dans ce Mémoire. Il s'agit du traitement curatif de l'hydrophthalmie par la ponction, suivie de l'injection iodée.

Peut-être avait-on quelques raisons de craindre la pénétration dans l'œil, organe si délicat, d'un liquide aussi irritant que la teinture d'iode, de redouter les conséquences d'une violente inflammation dans une cavité à parois de tous côtés inextensibles, ou dont la distension n'a pas lieu sans des douleurs dangereuses. C'était là des appréhensions légitimes; il fallait le contrôle de l'expérience ; il fallait une première tentative. M. le professeur Bonnet, de Lyon, l'a mise à exécution.

Avant d'exposer les deux faits qui servent de base à ce travail, examinons succinctement l'hydrophthalmie au point de vue anatomo-pathologique, et de cette étude ressortira mieux, nous l'espérons, l'indication du traitement de cette rebelle maladie par la méthode mise en œuvre avec succès contre d'autres hydropisies.

On a longtemps confondu, sous le nom d'hydrophthalmie, des affections différentes de nature et de siége anatomique, et qui n'ont qu'un effet commun, l'augmentation de volume du globe de l'œil. De nos jours encore, la plupart des auteurs ne donnent de cette maladie qu'une idée vague ou erronée. Cependant, l'appellation qui sert à la désigner semble indiquer clairement une espèce d'affection bien connue, bien étudiée dans d'autres points de l'économie où elle est fréquente, hydropisies des membranes séreuses, synoviales, et du tissu cellulaire, et c'est à la plupart des moyens thérapeutiques employés dans ces derniers cas qu'on s'est adressé pour combattre l'hydrophthalmie. A-t-on cru à un épanchement séreux? Non. On a dit, on répète presque partout que l'hydrophthalmie (hydropysie, hydranose oculaire) consiste dans l'augmentation contre nature de l'humeur aqueuse (hydropisie des deux chambres (et de l'humeur vitrée (hydropysie hyaloïdienne); que, dans ce dernier cas, l'humeur vitrée est non-seulement accrue de quantité, mais encore désorganisée, fluidifiée. On a distingué plus tard une hydropisie choroïdo-rétinienne (entre la rétine et la choroïde) [Wardrop]; une hydropisie sclérotico-choroïdienne (entre la choroïde et la sclérotique)

[Makensie, Lawrence]. Et on a traité de subtilité ces distinctions, que nous croyons capitales.

L'étude anatomo-pathologique et l'observation clinique fournissent tout ce qu'il faut pour assigner à l'hydranose oculaire son vrai caractère et sa place dans le cadre nosologique.

L'occasion d'examiner à l'autopsie un œil atteint de l'affection dont nous nous occupons est rare. Dans toutes celles qu'il a pu pratiquer ou dont il a eu connaissance, Scarpa avoue n'avoir jamais retrouvé l'humeur vitrée dans la cavité postérieure de l'œil, mais seulement de l'eau ou de la lymphe sanguinolente. L'illustre chirurgien de Pavie en cite avec détails un exemple, qu'on pourrait appeler classique. Nous ne saurions mieux faire que de le rapporter ici en entier.

« J'ai disséqué dernièrement un œil hydropique, provenant du cadavre d'un enfant âgé de trois ans et demi, mort de marasme: non-seulement cet œil manquait de corps vitré, et sa cavité propre était remplie d'eau, mais encore la tunique vitrée offrait une substance en partie spongieuse, en partie lipomateuse. Cet œil hydropique était d'un tiers plus volumineux que le sain; la sclérotique, sans être plus mince que celle de l'autre côté, était souple, flasque et séparée de la choroïde; elle s'affaissa, perdit sa forme globulaire. La cornée formant un disque plus grand d'un tiers que celui de l'autre qui était saine, on ne lui distinguait plus cette pulposité naturelle; elle était sensiblement plus mince que celle de l'œil sain. Beaucoup d'humeur aqueuse roussâtre se trouvait entre la cornée et l'iris. Le cristallin, avec sa capsule opaque, paraissait un peu repoussé en devant dans la chambre antérieure, où il ne pouvait avancer davantage, parce que sa capsule avait contracté une forte adhérence avec l'iris dans les contours de la pupille. Cette capsule ne fut pas plus tôt ouverte, que le cristallin s'en échappa, dissous à moitié, très-mou du reste. Sa capsule postérieure ne put être séparée entièrement d'une substance dure qui semblait être la tunique vitrée dégénérée. Je fendis la choroïde depuis le ligament ciliaire jusqu'au fond de l'œil. Il sortit vers la chambre postérieure une quantité considérable d'eau roussâtre, et pas un atome de corps vitré, qui me sembla remplacé par un petit cylindre de substance en partie fongueuse, en partie lipomateuse, environnée de beaucoup d'eau qui s'écoulait par l'axe longitudinal de l'œil, depuis l'entrée du nerf optique jusqu'au corps ciliaire, ou à cette substance dure à laquelle adhérait fortement la convexité postérieure de la capsule du cristallin. Ce petit cylindre était, dans le trajet, de deux lignes et demie,

en avant de l'entrée du nerf optique, recouvert d'une couche blanchâtre repliée sur elle-même, comme on voit l'épiploon lorsqu'on le tire en haut vers le fond de l'estomac. Je présume que ce n'était qu'un reste de la rétine désorganisée, puisqu'en versant de l'esprit-de-vin rectifié sur la surface interne de la choroïde et sur ce petit cylindre, je n'ai trouvé aucune trace de rétine sur la choroïde, cette substance blanche, repliée sur elle-même, s'étant notablement endurcie, précisément comme il arrive à la rétine plongée dans l'esprit-de-vin : de plus, le cylindre et la substance dure qui tenait lieu du corps ciliaire n'étaient manifestement que la membrane du corps vitré, vide d'eau, et convertie, comme je l'ai dit, en une substance en partie spongieuse, en partie lipomateuse (Scarpa, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduit par Léveillé).»

Voilà un exemple d'hydropisie générale de l'œil ; elle occupait les deux chambres, la capsule cristalline, et ce qu'on a appelé les corridors périphériques (choroïdo-rétinien et sclérotico-choroïdien). Où était la cavité principale, la cavité centrale, pour ainsi dire, comme l'ascite qu'environne l'anasarque le plus souvent engendrée par elle ? C'est le segment postérieur de la coque de l'œil, occupé à l'état sain par le corps vitré. Celui-ci, en effet, a disparu, résorbé peu à peu sous la pression de l'épanchement qui l'environne et qui le comprime de plus en plus ; sa membrane hyaloïde est ratatinée, pelotonnée sur elle-même ; la rétine atrophiée a subi le même sort ; elle est déplacée, n'est plus contiguë à la choroïde, dont la sépare le liquide pathologique ; elle est comme roulée sur le peloton cylindrique formé par l'hyaloïde, veuve de corps vitré. Ces deux membranes, réduites à cet état, ressemblent alors au poumon atrophié nageant dans un coin du thorax, inondé de sérosités pleurétiques.

Toutes ces circonstances (nous ne parlons que de l'hydropisie postérieure, qui est la plus importante, parce qu'elle s'accompagne de désordres anatomiques plus étendus et plus graves, qu'elle détruit sûrement la fonction, qu'elle exige des traitements plus difficiles, et y résiste davantage), ces circonstances, dis-je, montrent donc que l'épanchement a son siége entre la rétine et la choroïde. Ces deux membranes sont séparées à l'état sain par une couche fine de tissu cellulaire lamelleux qu'un anatomiste anglais, Jacob (1818), a décrit sous le nom de membrane séreuse. Quoi qu'il en soit, rien ne répugne à admettre que le liquide surabondant en soit le produit. Nous verrons qu'il a, du reste, tous les caractères de la sérosité.

Entre la choroïde et la sclérotique, quelques anatomistes ont noté

également un tissu cellulaire semblable, mais moins évident; il peut être aussi le siége d'un épanchement, comme l'a observé Scarpa, dans l'autopsie que nous avons transcrite plus haut. Du reste, que l'épanchement soit produit par l'une ou l'autre de ces deux membranes cellulo-séreuses, les résultats définitifs sont absolument les mêmes; leur thérapeutique ne saurait être différente, et puis il n'existe pas de signes caractéristiques qui distinguent l'une de l'autre ces hydropisies sur le vivant.

Le liquide épanché dans l'œil hydropique n'a aucun des caractères physiques et chimiques de l'humeur vitrée. Il est ordinairement roussâtre. Cette coloration lui vient, sans doute, de la choroïde qu'il baigne, et qui déteint sur lui. Cette membrane, en effet, a ordinairement perdu de sa couleur foncée. Dans tous les cas, il est tout à fait fluide, et s'écoule sans difficulté par la canule d'un petit trocart (l'instrument de ce genre dont on s'est servi n'avait que 3 millimètres de diamètre).

Il n'en est pas de même pour le corps vitré. Nous avons répété à plusieurs reprises les expériences suivantes, soit sur des yeux de cadavre, soit sur des yeux de bœuf.

Un trocart ordinaire (4 millimètres et 2/3 de diamètre) est plongé par la sclérotique dans la chambre hyaloïdienne; pas une goutte de liquide ne s'écoule par la canule. On n'obtient pas même ce résultat en pressant avec une certaine force sur le globe de l'œil. Si l'on agite en divers sens la canule pour broyer la gelée hyaloïdienne, et qu'on exerce ensuite une forte pression sur l'œil, on ne voit s'échapper de la canule que quelques petits grumeaux de corps vitré.

Un corps vitré extrait intact d'un œil de bœuf est piqué, ponctionné, dilacéré même en plusieurs points, puis suspendu à une érigne; il met près de douze heures à se vider. Le liquide qui s'en écoule très-lentement, goutte à goutte, ressemble à du sirop de gomme.

On voit qu'il y a déjà loin de la fluidité du liquide épanché à celle de l'humeur hyaloïdienne. La viscosité de celle-ci n'est pas le seul obstacle à son écoulement, l'obstacle le plus considérable lui vient de sa disposition au milieu des mailles ou cellules innombrables de sa membrane propre; le fluide vitré n'y est emprisonné qu'à la manière de l'eau dans une éponge.

L'expérience qui suit donne une idée de cette disposition particulière et des conséquences qui en résultent.

Par la canule d'un trocart plongé, comme précédemment, dans un œil sain, j'injecte une certaine quantité d'eau; le globe de l'œil

grossit immédiatement, se durcit, et reste dans cet état. L'eau ne s'écoule pas par la canule (je m'assure avec un stylet que celle-ci n'est pas réellement bouchée). Il faut encore une certaine pression pour en faire sortir une petite quantité mêlée à quelques fragments de corps vitré.

J'ai refait cette expérience avec de l'eau colorée en rouge, et je me suis assuré, en examinant la masse hyaloïdienne extraite avec précaution de l'œil largement ouvert, que l'eau ainsi injectée, pourvu qu'elle soit poussée avec douceur, s'infiltre de proche en proche dans le corps vitré; on l'y reconnaît à sa couleur; elle y apparaît par plaques quelquefois séparées; elle y est retenue enfin de la même manière que l'humeur hyaloïdienne. On conçoit ainsi qu'elle ne revienne pas tout simplement par la canule.

Pendant ces dernières expériences (injections de liquides colorés ou non), répétées plusieurs fois, il se produit un phénomène non signalé, et dont je ne ferai mention ici qu'incidemment. A mesure que le globe oculaire est distendu par le liquide injecté, la cornée perd instantanément sa diaphanéité; elle semble se recouvrir d'un nuage; elle devient uniformément blanchâtre. Une seule goutte du liquide injecté s'échappant au dehors, elle reprend sa transparence presque complète. Si la tension diminue un peu plus, sa transparence redevient normale. La même chose a lieu sur le vivant. Nous l'avons pu voir sur le malade de la deuxième observation. Au moment où l'injection iodée était poussée dans l'œil, tous les assistants remarquèrent la cornée blanchissant, comme si elle devenait le siége d'un albugo, puis revenant à son état antérieur, quand on cessait de pousser le liquide médicamenteux, ou qu'il s'en échappait la plus petite quantité. M. Bonnet manifesta alors l'idée que cela devait tenir à la distension et au relâchement alternatifs de la cornée. On vient de voir que l'expérimentation a confirmé l'opinion émise par le savant professeur. L'insufflation donne le même résultat. J'ajouterai qu'il n'est pas même besoin, pour produire ce phénomène, de distendre le globe oculaire par une injection ou une insufflation. Il suffit, sur le cadavre du moins, de presser fortement l'œil entre les doigts, en deux points opposés en arrière de la cornée. Observerait-on la même chose sur le vivant? Ce que nous avons vu autorise à le croire; sinon, ce serait là un signe précieux pour constater la mort réelle.

Au point de vue chimique, il n'existe pas moins de différence entre le liquide contenu dans l'œil hydropique et l'humeur vitrée : le premier est fortement albumineux, comme la sérosité de toute hy-

dropisie. Nous nous en sommes assuré sur le liquide extrait de l'œil du second malade, et dont la quantité s'élevait à 21 grammes. J'en ai soumis la moitié à l'action de l'acide nitrique, il s'est transformé tout de suite en un magma albumineux. L'autre portion, traitée par la chaleur, a donné le même résultat.

L'humeur hyaloïdienne, au contraire, extraite goutte à goutte de sa membrane à cellules multiples, et soumise aux mêmes moyens, n'a révélé aucune trace d'albumine. Berzélius (*Chimie organique*, tome VIII, page 453), dit n'en avoir trouvé dans le corps vitré que deux millièmes.

M. Bonnet avait prévu ces différences chimiques, et nous les avait annoncées à l'avance. L'expérience directe n'a fait encore que confirmer son opinion.

L'hydrophthalmie postérieure ou hyaloïdienne ne consiste donc pas, comme on le répète encore, en une augmentation du corps vitré, en un surcroît de sécrétion de cette humeur. Cette humeur, au contraire, disparaît peu à peu, et il n'en reste bientôt plus de traces ; on ne retrouve que sa membrane ratatinée, nageant dans un liquide nouveau, pathologique, qui n'est autre chose que de la sérosité. Nous reconnaissons là tous les caractères de l'hydropysie. Dans une autre catégorie d'affections rentrent les altérations du corps vitré lui-même, son opacité (glaucome), son ramollissement avec ou sans augmentation de quantité (*synchisis simple, synchysis étincelant.*)

Nous tenions à établir qu'il existe une vraie hydropisie de l'œil, comparable aux autres épanchements séreux, sous le double rapport anatomo-pathologique de la membrane productrice et du liquide produit. On comprendra mieux l'idée du traitement nouveau que nous nous proposons de signaler, et le succès qui l'a couronné, et qu'il est permis d'en attendre dans des cas semblables.

Il est facile d'entrevoir les nombreux rapports qui existent entre l'hydranose de l'œil et les autres hydropisies. C'est avec l'hydrocèle que l'hydrophthalmie a les points de contact les plus étroits. Toutes deux semblent une affection purement locale ou idiopathique ; ni l'une ni l'autre ne se produit dans l'anasarque la plus considérable. Les causes de leur développement sont également obscures dans le plus grand nombre des cas. La vue est bientôt anéantie dans celle-ci ; dans celle-là, il arrive rarement, il est vrai, que le testicule, s'atrophiant peu à peu, perd à la longue la faculté de sécréter le sperme. Elles n'existent presque toujours que d'un seul côté. La différence des douleurs et la terminaison plus souvent funeste de

l'hydrophthalmie abandonnée à elle-même s'expliquent par la différence de la région malade et des régions voisines.

L'hydrophthalmie et l'hydrocèle peuvent être également symptomatiques, c'est-à-dire accompagner, la première une dégénérescence des tissus qui composent l'œil (cancer, mélanose), la seconde un sarcocèle, un testicule tuberculeux. Une tumeur des parois de l'orbite, en comprimant et repoussant l'œil et gênant sa circulation propre, peut produire l'hydrophthalmie; une tumeur quelconque sur le trajet des vaissoaux du cordon qu'elle comprime (épiplocèle, circocèle, etc.), donne aussi lieu fréquemment à l'hydropisie de la tunique vaginale. L'une et l'autre sont souvent congéniales, et il n'est pas rare de voir plusieurs enfants de la même famille atteints d'hydrophthalmie (Juenghen, Ware), ou d'hydrocèle. Celle-ci occupe alors le plus souvent et la tunique vaginale et le cordon spermatique; l'hydropisie oculaire qui lui correspond est-elle en même temps sclérotico-choroïdienne et choroïdo-rétinienne? Il est probable qu'elle est générale, comme dans le cas de Scarpa, cité plus haut. Nous manquons, à cet égard, de documents suffisants.

C'est en comparant les traitements tentés contre l'une et l'autre de ces maladies que nous trouvons peut-être les analogies les plus frappantes. Il n'est pas un seul moyen principal, parmi ceux qu'on a successivement essayés contre l'hydrocèle, qui n'ait été appliqué également à la cure de l'hydrophthalmie. Ainsi, comme pour l'épanchement chronique de la tunique vaginale, on a eu recours à des médicaments internes (mercuriaux, fondants, diurétiques, drastiques, etc.), à des topiques astringents, corroborants, vésicants; à la compression; à des opérations identiques, dont les unes n'avaient qu'un résultat palliatif: l'évacuation réitérée du liquide par piqûre, incision, ponction, puis l'évacuation suivie de compression (Nuk); tous moyens également insuffisants contre l'une et l'autre hydropisie.

On chercha alors à provoquer, après l'évacuation faite, une inflammation adhésive des parois de la poche liquide. Dans cette intention, Wolhouse roulait cinq ou six fois entre ses doigts la canule introduite dans l'œil; Mauchard plaçait dans la petite ouverture une mince tente de charpie; plus tard un séton à demeure, traversant l'œil de part en part. Platner y injecta même un mélange d'eau et de vin tiède. On a incisé largement la sclérotique, on l'a excisée circulairement, en y comprenant d'autres membranes intérieures. Scarpa condamne cette opération. « Il l'a vue suivie des symptômes les plus graves: hémorrhagies fréquentes, amas de sang gru-

melé, inflammations véhémentes du bulbe, des paupières, de la tête; vomissements opiniâtres, convulsions, délire, vie des malades en danger (*loc. cit.*).» Louis (Mémoires de l'Académie de chirurgie), Marchand (Journal de médecine de Paris, janvier 17760; Terras (*ib.*, mars 1776), citent des exemples de ce genre. Pratiquer l'extraction de l'œil hydropique, c'est presque faire la castration pour guérir l'hydrocèle.

On voit par ce rapide énoncé que la thérapeutique de l'hydrophthalmie a passé exactement par les mêmes phases que la thérapeutique de l'hydrocèle. Mêmes méthodes, presque mêmes procédés; mais aussi même insuffisance dans les mêmes cas, mêmes accidents, mêmes dangers.

Cependant le moyen auquel on semble s'être arrêté généralement pour la cure radicale de l'hydrocèle n'a pas encore été tenté contre l'hydrophthalmie. Nous voulons parler de l'injection iodée; et n'y a-t-il pas lieu de s'en étonner, quand cette méthode thérapeutique a été dans ces derniers temps l'objet do tant d'applications nouvelles. C'est qu'on ne se faisait pas une idée anatomo-pathologique exacte de l'hydranose oculaire.

M. le professeur Bonnet a ouvert la voie; il a tenté deux fois déjà la cure radicale de l'hydrophthalmie par la ponction suivie d'une injection iodée : une première fois sans succès au mois de février 1854, mais aussi sans accidents notables; une seconde fois, au commencement de cette année, avec le succès le plus complet. Nous verrons que l'insuccès n'est imputable ni à la méthode, ni à la manière dont elle fut appliquée.

Faisons d'abord la relation de ces deux faits.

Obs. I. *Hydrophthalmie; ponction et injection iodée; commencement de guérison. — Récidive; débridements de l'œil; amélioration. — Un an après, signes de mélanose. — Extirpation du globe de l'œil suivie de cautérisation au chlorure de zinc. — Guérison.* — Le nommé Antoine Convert, âgé de vingt-six ans, conducteur de diligences, venant d'Ambert (Puy de-Dôme). entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon au commencement de février 1854 (salle Saint-Philippe).

L'œil droit de cet homme présentait tous les caractères de l'hydrophthalmie : augmentation considérable de volume sans bosselures; cornée moins transparente; iris immobile, contracté, repoussé dans la chambre antérieure; cécité absolue; douleurs continues, profondes, autour et dans tout l'orbite. Convert aurait reçu, deux ans auparavant, un coup violent sur le sourcil du côté droit, suivi immédiatement de la perte presque complète de la vue. Un an après, l'œil aurait commencé à augmenter de volume dans sa totalité, et les douleurs se seraient fait sentir. M. le professeur Bonnet ponctionna cet œil (25 février) au moyen d'un petit trocart (0 mèt. 22 millim. de diamètre), et à la place du liquide roussâtre qui s'en écoula incontinent, il poussa dans l'œil un mélange de teinture d'iode et d'eau, parties égales, avec addition d'un peu d'iodure de potas-

sium. Le malade ne fut pas endormi. Douleurs vives, qui durèrent plusieurs jours; puis l'œil commença à diminuer de volume. Trois semaines après, douleurs violentes, tension de l'œil; on se décide à l'évacuer par une incision pratiquée comme pour l'extraction de la cataracte. Soulagement immédiat. Pendant que la cicatrisation de ce débridement se complète, l'œil augmente de nouveau de volume et les douleurs reparaissent avec leur intensité première. Nouveau débridement et excision des bords. L'amélioration fut plus prolongée. Le malade est rentré cette année (12 janvier) dans nos salles. Son œil, toujours volumineux, est bosselé, de forme irrégulière. De nombreuses taches noirâtres apparaissent à travers la sclérotique, dans les points où elle est très-amincie et qui forment bosselure. Douleurs profondes, vives, térébrantes. M. Bonnet soupçonna une dégénérescence mélanique; il pratique (16 janvier) l'extirpation de l'œil, qu'on trouve en effet distendu par une masse considérable de mélanose. Ce qui restait du tissu morbide dans la cavité orbitaire fut détruit sur place par la pâte de chlorure de zinc. Enfin, le malade partit guéri le 3 mars suivant.

On conçoit très-bien pourquoi l'injection iodée n'a eu dans ce cas qu'un succès, ou plutôt qu'un commencement de succès fort éphémère. On était tombé sur une hydrophthalmie symptomatique d'une autre affection plus grave. La mélanose, continuant sa marche fatale, devait reproduire bien vite tout son appareil morbide.

C'était là, néanmoins, une première tentative; elle servit d'abord à dissiper quelques appréhensions sur les dangers possibles, immédiats ou consécutifs, d'une injection aussi irritante dans l'œil (excès de douleurs, inflammations véhémentes, etc.). On n'avait pas à s'inquiéter de la fonction, elle est déjà détruite, et l'anatomie pathologique nous apprend que c'est sans retour. Enfin, le manuel opératoire était en quelque sorte trouvé. Voici en quoi il a consisté:

Le malade étant couché, la tête un peu élevée (il pourrait être assis sur une chaise sans inconvénients), le chirurgien plonge un trocart délié, à robinet (0 mèt., 002 millim. de diamètre), dans le globe de l'œil, à 1 centimètre et demi en dehors de la cornée, au-dessous de l'insertion du muscle droit externe. L'instrument ne doit être poussé qu'à 1 centimètre environ de profondeur. On est averti qu'il est libre à l'intérieur par les mouvements en divers sens qu'on peut lui faire exécuter. La tige aiguë étant retirée, on laisse écouler le liquide épanché; il n'est pas besoin de pression sur l'œil, celui-ci s'affaisse de lui-même, on veille à ce que l'air n'y pénètre pas; dans ce but, on ferme le petit robinet, on s'apprête alors à pratiquer l'injection modificatrice. M. Bonnet s'est servi, comme on l'a vu, d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau et d'un peu d'iodure potassique: il croit ces proportions suffisantes. L'injection qui a été suivie de succès, et que nous rapporterons bientôt, n'était pas composée autrement Le liquide à injecter est poussé avec douceur, autant que possible, sans secousses; on reconnaît facilement qu'il en a pénétré une quantité suffisante, quand l'œil a repris le volume exagéré qu'il avait avant l'évacuation de la sérosité. M. Bonnet laisse pendant trois minutes la solution iodée dans la cavité oculaire, puis il en fait écouler les trois quarts environ, et laisse l'autre quart dans la cavité pathologique. Puis la canule étant retirée avec douceur, on lotionne à grande eau la surface de l'œil pour entraîner le peu de teinture d'iode qui, au moment où on retire la canule, se répand sur la conjonctive oculo-palpébrale. Les paupières sont refermées, et M. Bonnet les recouvre de coton maintenu simplement par un bandage monocle. Tels sont les détails de l'opération. Celle-ci n'a donc rien de bien particulier ni de difficile dans l'exécution.

Enfin, comme nous l'avons dit, le premier pas était fait. Le chirurgien de Lyon ne désespéra pas de la méthode; il se promit d'y recourir de nouveau, aussitôt qu'une occasion plus favorable se présenterait. Elle s'offrit au commencement de cette année, et bientôt la nouvelle méthode de traitement obtint, entre les mains de l'habile chirurgien, le succès le plus complet. En voici l'histoire :

Obs. II. *Hydrophthalmie. — Injection iodée. — Guérison constatée cinq mois après.* — André Mercier, ouvrier mineur de Saint-Sernin-des-Bois (Saône-et-Loire), âgé de trente quatre ans, bien constitué, ayant toujours joui d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Philippe, n° 21), le 14 janvier 1855, pour une maladie déjà ancienne de l'œil gauche. Voici l'état où nous trouvons cet organe :

Le globe de l'œil a presque le double du volume ordinaire; il fait une saillie assez uniforme dans tous les sens; la cornée est un peu proéminente; les paupières, dilatées à la longue, peuvent encore le recouvrir. La conjonctive est généralement injectée; au travers de cette membrane plus vascularisée, on voit la sclérotique bleuâtre et noirâtre par places; une cicatrice d'un demi-centimètre s'y remarque en bas et en dedans; aux environs de ce point, cette membrane paraît plus amincie. La cornée a perdu en grande partie sa transparence, et ne permet de voir qu'incomplétement l'iris repoussé en avant, et la pupille rétrécie. L'humeur aqueuse, légèrement trouble, empêche aussi de juger des parties profondes de l'œil. Le globe oculaire est encore mobile, mais la vue est complétement abolie. Douleurs peu considérables actuellement.

Voici ce que nous apprenons sur le début du mal et la marche qu'il a suivie. Il y a sept ans, Mercier reçut à l'œil gauche un éclat de paille de fer. Le même accident lui était déjà arrivé plusieurs fois, sans suites fâcheuses; mais cette fois, quoique l'extraction du corps étranger fût faite de bonne heure, il se déclara une ophthalmie violente, à la suite de laquelle on vit se développer, en bas et en dedans, au point où nous trouvons aujourd'hui une cicatrice, une petite tumeur bleuâtre, qui n'était autre chose qu'un staphylome de la sclérotique. On vida plusieurs fois ce staphylome, en le ponctionnant avec la lancette; et il se reproduisit toujours. Cependant, il avait un peu diminué et restait stationnaire. Trois ans plus tard, le malade s'aperçut que son œil augmentait de volume et que sa vue diminuait d'autant. Des douleurs vives ne se firent sentir que longtemps après (il y a trois mois), et on peut les attribuer, à en juger par le récit du malade, à une ophthalmie violente survenue à cette époque. Nous avons dit qu'aujourd'hui les douleurs sont moins vives.

La maladie se présentant exempte, autant qu'il se peut, de complication notable, M. Bonnet résolut de traiter cet œil hydropique par la ponction suivie d'une injection iodée.

Le 18 janvier, on procéda à l'opération. Le malade n'est pas éthérisé. Un petit trocart est plongé dans l'œil, à 1 centimètre en dehors de la cornée et au dessous de la ligne moyenne horizontale. Le liquide qui en sort sans difficulté est de couleur rouge jaunâtre (chocolat clair), la quantité est de deux cuillerées environ. L'œil s'affaisse aussitôt, la cornée se ride. On pousse immédiatement une injection iodée (teinture d'iode et eau partie égale, avec un peu d'iodure de potassium) en quantité égale à celle du liquide évacué. L'œil reprend son volume; la cornée se tend et présente des alternatives assez singulières d'opacité et de transparence : on dirait d'une lame d'acier poli sur laquelle on souffle à plusieurs reprises (nous nous sommes expliqué plus haut sur ce phénomène).

L'iris est fortement repoussé dans la chambre antérieure et touche la face interne de la cornée; sa couleur est d'un rouge brunâtre. On laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté. Le malade accuse des douleurs assez vives, mais supportables; elles étaient plus fortes le lendemain; le malade les compare à celles qu'il avait éprouvées dans les ophthalmies aiguës survenues pendant le développement de la maladie. Il est impossible de rien apercevoir à travers la cornée, soit à cause de son peu de transparence, soit à cause du trouble plus manifeste de l'humeur aqueuse. La conjonctive est partout enflammée.

Les choses se passèrent ensuite très-simplement. L'ophthalmie aiguë s'éteignit peu à peu, ainsi que les douleurs; l'œil commença à diminuer de volume, et quand le malade partit, le 26 février suivant (cinq semaines après l'opération), le volume primitif était réduit d'un tiers.

Désireux de connaître le résultat définitif de cette application nouvelle de l'injectiun iodée, nous nous adressâmes au médecin de la petite ville où se rendait le malade, le priant de vouloir bien observer ce qui surviendrait et de nous en faire part. Notre obligeant confrère, M. le docteur Moutton, à Épinac (Saône-et-Loire), m'écrivit ce qui suit, à la date du 18 juin (cinq mois après l'opération).

« Monsieur et honoré confrère,

« Vous m'avez fait l'honneur de me demander, il y a quelques mois, des renseignements sur un malade que vous avez eu quelque temps dans vos salles de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Je veux parler d'un nommé Mercier, mineur, âgé de trente-quatre ans, atteint d'une hydrophthalmie de l'œil gauche, que M. le professeur Bonnet a opéré, le 18 janvier dernier, par la ponction suivie d'une injection iodée. Jusqu'à ce jour, l'état de l'œil n'était pas assez certain pour qu'il fût permis d'assurer que la maladie ne récidiverait pas. De temps à autre reparaissaient des douleurs très-vives, accompagnées d'inflammation de la conjonctive; mais aujourd'hui, tous ces accidents sont dissipés. L'œil opéré a diminué beaucoup de volume et n'est plus que de la grosseur d'une petite noisette; toute trace d'inflammation a disparu, la cornée est complétement opaque, et l'individu ne se plaint que de quelques élancements qu'il ressent, à des intervalles plus ou moins éloignés, du côté do la tempe et de l'arcade orbitaire.

« En somme, la cure me paraît radicale, et je regarde cette observation comme d'un haut intérêt, à cause du procédé nouveau qui a été employé et du succès qui l'a couronné.

« Agréez, Monsieur, etc. Al. Moutton, D. M.,
« Médecin des houillères d'Épinac. »

Il n'est pas besoin de faire ressortir les heureux résultats de cette opération. Le malade a guéri sans passer par les risques de la suppuration, sans délabrement anatomique considérable, et avec le moins de difformité possible, avantages qui ne sont à dédaigner dans aucun cas et dans celui-ci en particulier.

On dira sans doute : c'est là un fait unique; peut-il à lui seul servir de base à un nouveau mode de traitement? Nous répondrons que ce fait, quoique unique, emprunte à la méthode employée un caractère de généralité incontestable. Il rentre dans la grande fa-

mille des guérisons d'hydropisies par l'injection iodée ; il n'a, en effet, rien d'empirique, rien d'imprévu. Il est né, non d'un remède nouveau, mais de l'application nouvelle d'une grande méthode thérapeutique légitimée par la plus sévère analogie. Dans tous les cas, il est au moins encourageant, et nous ne doutons pas que, l'attention des chirurgiens étant appelée sur ce point, d'autres cas de ce genre ne viennent bientôt se joindre à celui-ci.

Des considérations et faits qui précèdent, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

I. Contrairement à l'opinion générale, l'hydrophthalmie dite postérieure ou hyaloïdienne ne consiste point en une hypersécrétion de l'humeur vitrée. Cette humeur finit, au contraire, par disparaître en totalité.

II. L'hydrophthalmie est un véritable épanchement séreux comparable aux autres hydropisies, sous le double rapport anatomo-pathologique de la membrane productrice et du liquide produit.

III. Les traitements employés jusqu'à ce jour contre cette maladie rebelle sont ou insuffisants ou dangereux.

IV. L'œil réellement hydropique se trouvant transformé en grande partie en une cavité close, en un kyste fibro-séreux, le traitement reconnu et vanté à juste titre comme le plus efficace contre ce genre de maladie lui est dès lors applicable.

V. Le raisonnement légitime la nouvelle application de la méthode des injections iodées à la cure radicale de l'hydranose oculaire.

VI. Enfin, l'expérience a montré que ce mode de traitement est efficace contre l'hydrophthalmie, et autorise son introduction dans la thérapeutique de cette affection.

Observation de péricardite avec épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée.

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Cette observation est un exemple, probablement unique dans la science, de péricardite avec abondant épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée. N'aurait-elle pour conséquence que de mettre hors de doute l'innocuité des injections iodées pratiquées dans le péricarde, c'est-à-dire dans la cavité séreuse que la chirurgie a attaquée jusqu'ici avec le plus de réserve, elle offrirait déjà un certain intérêt. On sait, en effet, que, tandis que l'iode

a été injecté, sinon avec des succès constants, au moins sans danger, dans la plupart des membranes séreuses, péritoine, plèvre, arachnoïde cérébrale et spinale, cavités articulaires, le péricarde a été respecté. Eh bien ! l'observation suivante montre que les craintes qui ont empêché jusqu'ici de recourir à ces injections pour le péricarde, comme on l'a fait pour les autres membranes séreuses, ne sont nullement fondées. L'iode peut donc être injecté sans danger dans le péricarde; les épanchements péricardiaques peuvent être traités par les injections iodées comme les épanchements des articulations, de la plèvre, du péritoine. Ainsi se trouvent vérifiées les prévisions de l'illustre chirurgien qui a attaché son nom à la méthode des injections iodées, M. le professeur Velpeau, qui n'a pas hésité dès l'abord à comprendre le péricarde parmi les membranes séreuses susceptibles d'être traitées par les injections iodées.

Mais cette observation me paraît offrir un intérêt plus grand encore au point de vue de l'opération elle-même. Regardée jusqu'à ce jour comme une opération hasardeuse, la ponction du péricarde me paraît, au contraire, avec les précautions que l'expérience m'a fournies, pouvoir être pratiquée non-seulement sans danger, mais encore avec autant de simplicité et de facilité que les ponctions du thorax et de l'abdomen. C'est là ce que je désire surtout démontrer par cette observation.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux. D'une constitution assez chétive et assez délicate, ce malade n'a jamais eu en sa vie d'autre affection grave qu'une pleurésie du côté gauche, avec épanchement abondant, pleurésie pour laquelle il est resté un mois dans mon service, à la fin de l'année 1854. Sorti de l'hôpital Saint-Antoine en assez bon état, le 25 novembre dernier, il s'est aperçu un mois après d'une douleur vers la troisième ou quatrième fausse côte gauche, avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Cette douleur a persisté jusqu'à la belle saison; les chaleurs en ont fait justice. Ce jeune homme se trouvait par conséquent assez bien portant, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, il a été pris de fièvre, de céphalalgie, de courbature, mais surtout de douleur au-dessus du mamelon gauche, de palpitations de cœur et de dyspnée.

A son entrée dans mon service, le 27 juillet, il ne pouvait y avoir de doutes sur l'existence d'une péricardite avec abondant épanchement. D'une part, le malade était en proie à un état fébrile très-violent (chaleur vive à la peau, céphalalgie, soif vive, 116 pulsations); de l'autre, les signes locaux étaient des plus caractéristiques : douleurs lancinantes dans le quatrième et le cinquième espace intercostal gauche en avant, augmentant par la pression; sensibilité également très-vive à l'épigastre, sous la pression de la main ; matité précordiale considérablement augmentée, commençant supérieurement au-dessus de la troisième côte, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne synchondro-sternale droite, mesurant enfin 12 centimètres verticalement et 14 centimètres transver-

salement ; impulsion du cœur très-difficile à percevoir, bruits du cœur sourds et éloignés.

La constitution chétive de ce malade, l'époque déjà ancienne à laquelle avaient probablement commencé les accidents du côté du cœur ne m'encourageaient pas à employer chez lui un traitement antiphlogistique bien énergique : il avait d'ailleurs du dévoiement depuis huit jours, et l'état un peu douteux de la poitrine, dans laquelle l'oreille percevait, principalement, du côté gauche, des râles sibilants disséminés, ne m'engageait pas davantage à faire usage des émissions sanguines d'une manière un peu large. Je m'en tins donc à l'application de six ventouses scarifiées le premier jour, à l'administration du calomel à petites doses à l'intérieur, et, dans le but de hâter la salivation, je prescrivis des frictions mercurielles, trois fois par jour, sur la partie antérieure de la poitrine.

Cette médication n'eut aucun succès. Vainement je la fis aider par l'application successive de deux larges vésicatoires volants sur la région précordiale : non-seulement les accidents ne furent pas arrêtés, mais l'épanchement faisait tous les jours des progrès, et avec lui la gêne de la respiration et de la circulation. Trois jours ne s'étaient pas écoulés que le pouls devenait faible, irrégulier, inégal et extrêmement fréquent; il y eut même un moment où le pouls était en discordance complète avec les bruits du cœur perçus à la région précordiale. Je continuai les mercuriaux avec persévérance; mais à peine si je parvins à influencer légèrement les gencives.

Le caractère de plus en plus menaçant des accidents me mit bientôt dans la nécessité de prendre un parti.

Le 7 août dernier, à la visite du matin, j'appris que la journée de la veille et la nuit précédente avaient été affreuses; le malade avait failli suffoquer et avait passé la nuit assis dans son lit. Il avait 40 respirations, et le pouls, irrégulier, intermittent, inégal, extrêmement faible, donnait 120 pulsations à la minute. Cette gêne de la circulation et de la respiration n'était que trop expliquée par les signes locaux : la matité s'était étendue en dehors et à droite du sternum de 4 centimètres, et mesurait de 14 à 16 centimètres dans le sens transversal, 12 centimètres dans le sens vertical; silence complet des bruits du cœur inférieurement, absence d'impulsion; refoulement du foie de haut en bas à gauche et sur la ligne médiane.

Que faire ?

Continuer les mêmes moyens ? mais leur insuccès était certain.

Recourir à l'emploi des antiphlogistiques ? mais la faiblesse du malade constituait une contre-indication formelle; et d'ailleurs, il fallait apporter à son état un soulagement immédiat, sous peine de le voir périr en quelques heures.

Je me décidai à ponctionner le péricarde.

Mais ici nouvelles difficultés. J'avais le choix entre trois procédés : celui de Riolan, qui consiste à pénétrer dans le péricarde à travers le sternum, en trépanant cet os; le procédé de Larrey, dans lequel on enfonce le trocart, de bas en haut et de droite à gauche, dans l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes gauches, en pénétrant par la partie inférieure du péricarde; et le procédé attribué à tort à Sénac, qui consiste à pénétrer à travers le quatrième ou le cinquième espace intercostal, au moyen d'un trocart, jusque dans la cavité du péricarde. Je me décidai pour ce dernier, qui a été mis en usage avec succès par M. Jobert (de Lamballe) dans un fait publié il y a deux ans par MM. Trousseau et Lasègue. Je n'étais cependant pas sans inquiétude sur le résultat d'une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire, et, dans le but de pré-

venir un malheur possible, je substituai, comme je l'ai déjà fait avec succès pour les ponctions des kystes hydatiques du foie, je substituai, dis-je, un trocart capillaire au trocart ordinaire. De cette manière, je me sentais plus fort, convaincu que j'étais qu'une ponction des parois du cœur avec un trocart capillaire ne serait pas suivie d'une hémorrhagie immédiatement mortelle dans le péricarde. Mais n'y avait-il pas moyen de se mettre à l'abri de ce grave accident ? C'est ce que je crus pouvoir faire avec les précautions suivantes :

La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion, aboutissant vers le cœur, des divers points de la poitrine, et la forme de la matité dessinée avec soin, je cherchai avec l'oreille à limiter la zone dans laquelle le silence des bruits du cœur était complet, celle où l'on commençait à les percevoir et celle où on les entendait d'une manière très-nette. Complétement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant, mais sourds et éloignés, dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon, les bruits du cœur laissaient donc une zone assez étendue dans laquelle on pouvait plonger le trocart d'avant en arrière, sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite extrême de la matité, un point au niveau duquel j'incisai la peau avec une lancette, et, enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas en haut, j'arrivai en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir de liquide, j'arrivai, dis je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instants ne nous laissa aucun doute à cet égard.

Cette ponction avait été faite en moins de temps certainement que je n'en ai mis à la décrire; mais ceux-là seuls qui pratiqueront cette opération pour la première fois comprendront l'anxiété que j'ai éprouvée dans les premiers instants et la satisfaction très vive, le soulagement extrême que j'ai ressenti, en voyant s'échapper le liquide. Nous retirâmes par le trocart environ 850 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade nous aidait à évacuer le liquide par des efforts qu'il prolongeait autant que possible, tant le soulagement était marqué. La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait, et l'auscultation faisait percevoir les battements du cœur de plus en plus nets, sans frottement ; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent : de 120 pulsations par minute, il était descendu à 96.

J'aurais pu m'en tenir à une simple ponction palliative. Je pensai que je devais tenter davantage pour ce malade, et, fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution une injection iodée, composée de : eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes ; iodure de potassium, 1 gramme.

Je n'étais certainement pas rassuré au sujet de cette injection. Qu'allait-il advenir ? Que n'a-t-on pas dit, en effet, de la sensibilité excessive du péricarde ? Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie. Après l'avoir gardée quelques instants dans le péricarde, je laissai sortir quelques grammes de liquide, et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps.

Les suites de cette ponction furent des plus simples ; mais le liquide se reproduisit, et en peu de temps le malade avait perdu en grande partie ce qu'il avait gagné à l'opération. La respiration devenait plus gênée, le pouls plus fréquent et irrégulier ; la matité, qui avait paru d'abord diminuer, augmenta, surtout dans le sens transversal ; voussure très-évidente ; battements de cœur très-profonds.

Bref, le 19 août, douze jours après la première ponction, j'en pratiquai une seconde, également dans le cinquième espace, en suivant exactement le même procédé. Je donnai issue ainsi à 1,350 grammes d'un liquide verdâtre, fortement albumineux, rappelant beaucoup la bile par sa coloration. Le liquide coula, comme dans la première ponction, par jets saccadés en commençant, et plus tard en bavant. Le malade, soulagé par l'écoulement du liquide, nous aidait par des efforts qu'il nous fallait réprimer, dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le péricarde. Il y pénétra cependant après l'injection iodée, à laquelle nous donnâmes cette fois une plus grande force (eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 4 grammes), et que nous laissâmes ressortir presque en totalité. Nous pûmes, par conséquent, constater chez notre malade l'existence de ce signe curieux de l'hydro-pneumo-péricarde, dont nous devons la description à M. Bricheteau, d'une espèce de bruit de gargouillement ou de clapotement analogue à celui que fait entendre une pompe brassant dans une même cavité de l'air et de l'eau. La région précordiale était aussi, après l'opération, le siége d'une sonorité tympanique très-évidente.

Les suites de cette deuxième ponction furent non moins simples que celles de la première; mais le soulagement fut plus marqué encore. En quelques heures, le bruit de gargouillement et la sonoréité tympanique avaient disparu du péricarde; mais l'épanchement avait commencé à se reproduire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, la matité paraissait en voie d'extension ; le 22, elle resta stationnaire; et à partir du 23, elle commença à diminuer transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles, à la pointe du cœur, et, à dater du 28 août, la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieure.

Malgré cette marche en apparence si favorable de la maladie, ce jeune homme n'était pas au bout des dangers qu'il devait courir. L'affection de poitrine dont il était atteint à son entrée à l'hôpital ne restait pas stationnaire : à mesure que les accidents paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidents, principalement dans le poumon gauche, vers lequel nous avions noté, dans les premiers temps, des signes de phlegmasie. Ce n'est pas tout : vers la fin de septembre, de l'œdème se montra autour des malléoles, et les jours suivants l'enflure envahit le scrotum, les membres inférieurs, les parois thoraciques et abdominales.

Grâce à sa jeunesse, et probablement grâce aussi à l'emploi des vésicatoires volants appliqués en très-grand nombre sur la poitrine, ainsi que des bains de vapeur, l'œdème a complètement disparu depuis la fin d'octobre. Peu à peu également les phénomènes thoraciques ont paru s'amender; les forces sont revenues avec l'appétit; la respiration a repris sa liberté, et sauf la toux, qui persiste encore la nuit, le malade pourrait se croire entièrement guéri d'une affection qui l'avait conduit aux portes du tombeau. Ai-je besoin d'ajouter que les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire persistent encore au milieu de l'amendement si remarquable survenu dans l'état général ou local de ce malade ?

Dans un travail dont je prépare en ce moment la publication, je me propose d'examiner, d'après les faits qui existent dans la science et d'après quelques observations qui me sont personnelles, la valeur relative des divers procédés opératoires recommandés pour l'ouverture artificielle du péricarde, en même temps que je m'efforcerai de faire

ressortir la sûreté et la facilité d'exécution du procédé que je propose, et que j'ai mis en pratique chez le malade de l'observation précédente. Mais je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à publier un fait qui témoigne aussi hautement en faveur de la ponction du péricarde et de l'injection iodée dans le cas d'épanchement péricardiaque. Je serais heureux si la publication de ce fait encourage quelques-uns de mes confrères à tenter une opération appelée, dans ma conviction, à sauver la vie de malades presque inévitablement voués sans elle à une mort prochaine, et dont l'exécution n'offre d'ailleurs, je le répète, ni plus de difficultés, ni plus de dangers que la ponction du thorax et de l'abdomen.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la cautérisation dans les infiltrations d'urine.

Suite (1).

Avant d'aborder le traitement des fistules, l'on doit se rendre compte des causes qui les entretiennent. Lorsque la maladie est ancienne, leur surface interne est tapissée par une sorte de membrane muqueuse qui n'a aucune disposition à sécréter une lymphe plastique capable de les oblitérer. Cette membrane est entourée d'une couche de tissus lardacés, durs, en grande partie fibreux, et qui ne se prêtent ni au rapprochement des parois, ni aux sécrétions adhésives.

Enfin l'urine, qui séjourne nécessairement, en certaine quantité, dans la profondeur des trajets fistuleux, ajoute à toutes les difficultés de la cure. Lors même que l'on a rendu au canal dans la partie étroite son diamètre naturel, la largeur plus considérable qu'il a acquise en arrière du rétrécissement, ainsi que l'étendue de ses ulcérations, rendent inévitable cette entrée de l'urine dans les tissus extérieurs.

« Cependant l'on serait dans l'erreur, dit M. Bonnet, dans un Mémoire inédit qui forme la plus grande partie de cet article, si l'on pensait que lorsque des fistules sont établies, le passage accidentel que l'urine s'est frayé au dehors doit lui suffire, et que tout symptôme de rétention d'urine a dû cesser : il n'en est point ainsi. La voie artificielle qui a été créée est toujours insuffisante, et des symptômes de rétention d'urine dans la vessie continuent, quoique

(1) Voir le numéro du 30 septembre, page 252.

affaiblis ; les malades n'ont plus ces atroces douleurs qui accompagnent une rétention complète ; mais leurs urines sont presque toujours catarrhales ; les besoins d'uriner, fréquents ; et chez un grand nombre la fièvre persiste. Sans doute ces accidents peuvent être en partie attribués au séjour de l'urine hors de ses voies naturelles ; mais il dépend, sans aucun doute, de ce que la vessie ne se débarrasse jamais complétement, et qu'elle est continuellement irritée par un liquide devenu âcre et dont l'écoulement est toujours imparfait. La preuve, c'est que dans les opérations nombreuses dont nous donnerons plus loin les détails, du moment où une voie facile a été ouverte à l'urine à travers le périnée, les besoins fréquents d'uriner ont cessé, et l'urine a perdu peu à peu son caractère muqueux et purulent. A tous les obstacles qu'apportent à la guérison les conditions anatomiques et physiologiques de l'urètre, des fistules et de la vessie, il faut souvent ajouter l'état de la constitution qui est affectée, soit primitivement, soit consécutivement, à la maladie des voies urinaires.

« Il résulte des considérations précédentes que les obstacles à la guérison peuvent être :

« 1° La difficulté du passage de l'urine à travers les voies naturelles ;

« 2° Des conditions défavorables dans la forme et la nature des parois des fistules ;

« 3° Le séjour de l'urine hors de ses voies naturelles ;

« 4° La rétention de ce liquide dans la vessie, et, par suite, dans les uretères et les reins ;

« 5° Enfin, un état constitutionnel plus ou moins grave.

« L'on doit donc avoir simultanément à remplir trois indications majeures :

« 1° Rétablir le cours naturel de l'urine ;

« 2° Traiter les fistules ;

« 3° Combattre la maladie par un traitement général approprié.

« Nous nous bornerons à indiquer ici les moyens qui sont institués en vue du traitement général : ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que de les décrire ; il nous suffira de dire que lorsque des traitements locaux ont produit tout le résultat qu'on en attendait, on obtient souvent le complément de la cure par un traitement antisyphilitique, et surtout par des bains dans lesquels on fait dissoudre 20 à 30 grammes de bichlorure de mercure.

« Avant d'entrer dans les détails du traitement local des fistules, il est nécessaire de discuter l'ordre dans lequel ce traitement doit

être employé. Faut-il toujours rétablir le cours naturel des urines avant de s'occuper de traiter les fistules, ou *vice versâ?*

« En lisant tous les auteurs modernes de médecine opératoire et tous ceux qui ont traité spécialement des maladies des voies urinaires, tels que Ducamp, Civiale, Leroy, Amussat, on est porté à croire que l'introduction des sondes dans l'urètre et la destruction de ses rétrécissements doivent constamment précéder les opérations que l'on fait sur les fistules mêmes. Mais s'il est impossible de passer des sondes, faut-il négliger les fistules jusqu'à ce que l'on ait réussi à vaincre les obstacles qui s'opposent à leur introduction? ou bien peut-on agir directement sur ces fistules en les incisant ou les opérant de diverses autres manières? Collot, Ledran, Boyer, partagent cette manière de voir. Voici la copie du passage de Boyer relatif à ce sujet :

« Lorsque les fistules ont plusieurs sinus; qu'elles sont compliquées de beaucoup de callosités; que l'urine coule très-peu ou ne coule point du tout par la verge; qu'il est impossible de faire pénétrer dans le canal les sondes ou les bougies les plus fines; si la maladie n'expose point à la perte de la vie, il faut l'abandonner à la nature. Mais si les fistules rendent avec abondance; si le malade a des envies continuelles d'uriner et des douleurs de vessie; si ses urines s'échappent difficilement par les ouvertures fistuleuses; s'il a de la fièvre, de l'insomnie; s'il tombe dans l'amaigrissement, il faut tenter, pour le soustraire au danger qui le menace, une opération grave à la vérité, mais moins dangereuse que le mal dont il est attaqué. »

« Cette opération est celle que Ledran conseille et que je suis habituellement. Je commence par attaquer la fistule elle-même, et ce n'est que deux ou trois semaines après les opérations directes sur celle-ci que je m'occupe du rétrécissement.

« Cet ordre de succession : opération sur la fistule d'abord, sur le rétrécissement ensuite, est contraire, comme nous l'avons vu, aux préceptes des auteurs modernes; et je conviens que ce n'est pas cet ordre qu'il faut adopter, si le malade n'a point de fièvre, que les fistules soient peu nombreuses, et que l'on puisse franchir le rétrécissement; mais ces conditions favorables manquent dans l'immense majorité des cas.

« Le plus souvent, toutes les tentatives que l'on fait pour traverser le rétrécissement restent inutiles; elles sont suivies de frisson et de fièvre, et ces accidents généraux rendent impossible, pendant un temps plus ou moins long, toute opération nouvelle. Plus on in-

siste sur le cathétérisme, plus l'état du malade s'aggrave, et plus l'on reconnaît l'impossibilité de guérir la coarctation avant que d'agir sur la fistule.

« En même temps existent des suppurations de la prostate, de la vessie et des reins, entretenues par la rétention habituelle de l'urine. Malgré la voie artificielle que celle-ci s'est frayée, le malade ne s'en débarrasse que partiellement ; il en reste toujours assez dans la vessie pour distendre cet organe et entretenir des besoins d'uriner qui, se renouvelant tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, ne laissent aucun repos au malade.

« Pour faire cesser ces accidents, il faut donner une issue facile à l'urine par une voie artificielle : l'on obtient rapidement de la sorte la diminution des douleurs, du catarrhe, de la fièvre ; en un mot, de tous les symptômes locaux et généraux qu'entretenait la rétention d'urine.

« Le calme rétabli, l'on peut dilater lo rétrécissement, sans être plus exposé à la fièvre que s'il s'agissait d'une étroitesse du canal sans aucune autre complication.

Traitement direct des trajets fistuleux. — « 1° Comme nous l'avons démontré plus haut, ce traitement peut avoir pour but de changer la structure des fistules imparfaitement disposées à la cicatrisation ; 2° de modifier leur forme canaliculaire, qui est également défavorable ; 3° de prévenir la rétention de l'urine dans les parties molles qui entourent le canal ; 4° d'en empêcher le séjour dans les voies urinaires elles-mêmes.

« Il n'est pas une de ces indications qui n'ait été saisie, je ne dis pas par les auteurs modernes, qui les ont en général passées complétement sous silence, mais par les auteurs du siècle dernier. La lecture de l'ouvrage de Boyer suffit pour démontrer la justesse et l'étendue de leurs vues à cet égard.

« Les méthodes qui ont été proposées dans le but de satisfaire à ces diverses indications sont : 1° les injections ; 2° l'emploi des caustiques ; 3° la cautérisation avec le fer rouge ; 4° l'incision ; 5° l'excision ; 6° l'introduction d'une sonde dans la vessie, à travers le périnée et le canal de l'urètre.

« Comme il n'est pas de notre sujet de décrire les méthodes de traitement autres que celles qui ont trait à la cautérisation, nous nous contenterons d'en apprécier la valeur.

Des injections irritantes. — « L'utilité de ces injections est très-douteuse. Si elles peuvent modifier la vitalité de la membrane qui tapisse les fistules, elles ne remplissent aucune autre indication. Ne

changeant pas la forme et la structure des conduits, et ne facilitant en aucune manière la sortie de l'urine par les voies accidentelles, elles ne remplissent aucune indication sérieuse : c'est un moyen sur lequel on ne peut compter.

De l'incision des fistules. — « L'incision des fistules en avant et en arrière a été signalée par Ledran, Boyer, etc. Ses avantages sont tellement évidents qu'on ne peut hésiter à en apprécier la valeur. Je fais remarquer toutefois que l'incision ne peut avoir toute l'utilité qui lui est propre qu'autant que l'on divise les trajets fistuleux de manière à n'en laisser subsister aucun, et en allant jusqu'à ceux qui avoisinent le canal. Ce but ne peut être atteint que par une précision dont aucun auteur n'a donné avant lui des règles ; et l'incision fût-elle pratiquée aussi convenablement que possible, elle aurait l'inconvénient de ne rien changer à la structure des trajets fistuleux, et d'exposer aux érysipèles, aux infiltrations d'urine et aux gangrènes, toujours si à craindre lorsque l'urine est en contact avec une plaie.

Incision suivie de l'excision des callosités. — « Un grand nombre d'auteurs, et entre autres Ledran, Heister et Boyer, remarquant à quel point l'incision est insuffisante si elle ne change pas la structure des parois des fistules, ont conseillé de la faire suivre de l'excision des callosités. Cette excision, en rapprochant la solution de continuité des parties saines, peut avoir quelques avantages sous le rapport des chances ultérieures de cicatrisation ; mais mettant l'urine en rapport avec un tissu cellulaire beaucoup plus perméable que les callosités, elle doit augmenter les chances d'érysipèles, d'infiltrations d'urine, et de gangrène.

Sonde passée dans la vessie à travers le périnée. — « Pénétrés de la nécessité d'évacuer l'urine et de l'empêcher d'être en contact avec les plaies du périnée, Collot et Ledran introduisaient une sonde dans la vessie. Cette méthode de traitement, qui ne change en rien la forme des fistules, est impuissante dans l'immense majorité des cas.

Suture. — « En traitant de l'action directe que l'on peut exercer sur le périnée, nous n'avons point indiqué les sutures ou les diverses méthodes d'autoplastie. Ce silence nous est dicté par cette considération que les fistules du périnée ne réclament jamais la suture ou l'autoplastie. Si le rapprochement des fistules de la verge, préalablement avivées au moyen de fils ou d'épingles, a procuré des succès ; si les divers procédés d'autoplastie imaginés par Delpech, Cooper, et surtout Dieffenbach, doivent être alors, suivant les cas, mis en ap-

plication, il n'en est plus de même des fistules du périnée. La profondeur à laquelle se trouve l'ouverture du canal, et l'impossibilité de rapprocher dans la partie profonde les parois de la plaie que l'on pourrait substituer à la fistule, sont des obstacles trop grands au succès pour que toute espèce de suture ne doive pas être rejetée; aussi n'existe-t-il dans la science aucun fait qui démontre l'utilité de ce genre d'opération, et les auteurs qui en parlent se bornent à la conseiller, sans citer de cas où elle ait réussi.

« Si, dans quelques circonstances, la suture devrait être indiquée, ce serait lorsque le canal aurait été détruit à sa partie inférieure et que l'on voudrait réunir sur une sonde les parties molles du périnée : la suture enchevillée me paraîtrait ici préférable à toute autre.

Les caustiques. — « L'introduction des caustiques dans les trajets fistuleux constitue le traitement dont l'exécution offre le moins de difficulté après les injections. Les caustiques conseillés par les auteurs sont : la potasse, le nitrate d'argent, les trochisques de minium, le chlorure de zinc. Ceux de ces caustiques, comme les trochisques de minium, que l'on peut faire pénétrer aisément dans les fistules méritent la préférence.

« Pour juger de leur valeur, il faut supposer qu'on les ait fait pénétrer à une profondeur convenable, point sur lequel aucun auteur ne donne de renseignements précis, qu'ils cautérisent le trajet fistuleux sans atteindre l'urètre, et qu'ils détruisent les callosités dans une épaisseur de quelques millimètres. Dans ces conditions ils sont utiles, en changeant la structure des parois des fistules, en détruisant leur membrane muqueuse et les callosités qui les entourent; ils rendent moins difficile l'évacuation de l'urine, par l'agrandissement momentané des ouvertures extérieures ; mais ils ne changent pas la forme canaliculée des conduits accidentels, et les sinuosités de ces conduits. Comme la crainte de détruire l'urètre empêche de les faire pénétrer jusque près de ce canal, l'on ne réussit nullement en réalité à faire cesser la rétention d'urine ; ce moyen n'a dès lors qu'une importance très-accessoire. D[r] PHILIPPEAUX.

(La suite au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mode de préparation du lactate de manganèse.

Depuis que MM. Hannon et Pétrequin ont appelé l'attention des praticiens sur les propriétés thérapeutiques du manganèse, dans les

cas où l'emploi des préparations ferrugineuses restait sans effets marqués, on s'efforce de porter les sels de manganèse au même nombre que ceux fournis par le fer. En attendant que le moment soit venu pour nous de juger si l'expérience légitime la nécessité des préparations si variées, nous devons enregistrer les nouvelles acquisitions pharmaceutiques. Aux carbonate, chlorure, sulfate et iodure, seuls sels de manganèse employés jusqu'ici, M. Bertram vient ajouter le lactate.

D'après le *Buchner's Neues Repertorium*, pour préparer ce sel, M. Bertram prend 100 parties de petit-lait, y dissout 5 parties de sucre et l'expose à la fermentation. Il se forme de l'acide lactique qu'il décompose au moyen de 10 parties environ de carbonate de soude. Alors on acidifie ce liquide avec un peu d'acide sulfurique, on le fait bouillir en le clarifiant au blanc d'œuf, on le filtre et on l'évapore en consistance sirupeuse. On traite cette matière sirupeuse par l'alcool bouillant. Après avoir filtré cette dissolution bouillante de lactate de soude, on y verse à peu près 10 parties de sulfate de manganèse dissous dans l'eau; le lactate de manganèse se précipite immédiatement en une poudre blanche, qui prend l'aspect cristallin par refroidissement; on décante et on lave le précipité avec de l'eau étendue d'alcool, et on fait sécher entre du papier à filtrer. Le produit équivaut, à peu près, à la moitié du sulfate de manganèse employé.

Iodure de potassium devenu jaune. — Moyen de lui rendre sa blancheur.

On sait que l'iodure de potassium, par son exposition à l'air et aux rayons solaires, acquiert une couleur jaune et une odeur caractéristique d'iode. Cette couleur jaune est due à l'iode mis en liberté : l'iodure est décomposé par l'acide carbonique et l'humidité de l'air; il se forme du carbonate potassique et de l'acide iodhydrique, qui lui-même est décomposé par l'oxygène de l'air qui, avec l'hydrogène de l'acide, forme de l'eau et met l'iode en liberté. Pour rendre à cet iodure jaune sa couleur blanche primitive, il faut l'envelopper dans du papier blanc ordinaire; après quelques heures, le papier prend une couleur rouge bleuâtre, parce que l'iode s'est combiné à l'amidon du papier et a produit un iodure d'amidon, et l'iodure est devenu blanc.

Formule de pilules d'iodure de chlorure mercureux.—Rectification.

Dans notre livraison du 15 octobre dernier, nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs le nouveau traitement de la couperose, re-

commandé par notre honorable confrère, M. Rochard. Une erreur typographique grave s'était glissée dans l'impression de l'une des formules publiées par le Moniteur des hôpitaux, nous nous empressons de la relever. La masse des pilules d'iodure de chlorure mercureux doit être divisée, non en *vingt-cinq* pilules, comme nous l'avons répété (p. 317), mais en *cent*. Ces cent pilules sont administrées de une à trois par jour.

Conservation des sondes et des bougies emplastiques.

Les médecins font souvent aux pharmaciens le reproche de ne point avoir dans leurs officines des assortiments convenables de sondes et de bougies emplastiques. Ce reproche est fondé, mais il faut en attribuer la cause au peu de soin qu'apportent les fabricants dans la confection de ces sortes d'instruments et au prix très-élevé qu'il faut mettre pour en avoir de bien préparées.

Le mode de préparation des sondes et des bougies consiste à plonger, à plusieurs reprises, des bandelettes de toile de lin, de soie ou de coton dans une composition emplastique fondue à une douce chaleur, et à les rouler sur un plan uni, pour leur donner la forme nécessaire; chaque couche doit être suivie d'une dessiccation dans une étuve, et le temps qu'exigent ces diverses manipulations est de trois mois. Les fabricants, dans un but d'économie, hâtent ce travail, en ne mettant que vingt jours pour opérer cette dessiccation : il en résulte que les sondes et les bougies se ramollissent en attirant l'humidité de l'air, perdent la sonorité qui est un de leurs bons caractères, deviennent écailleuses, ou adhèrent entre elles; il faut alors les conserver dans du son, et les tenir constamment dans un lieu sec non variable, et cela n'est pas chose facile.

Nous conseillons de faire subir aux sondes et aux bougies la préparation suivante; elle permet de les expédier sans crainte à l'étranger, ou de les conserver intactes dans nos officines ou dans la trousse du chirurgien : ce moyen est de les enduire d'une couche de collodion.

On opère de la manière suivante : on passe d'abord au moyen d'un nœud coulant, autour du bourrelet qui est en tête de la bougie ou de la sonde, un fil auquel est fixé une petite tige métallique tournée en forme d'S, qui sert de crochet; ensuite, on met dans une éprouvette à alcool ou à sirop du collodion, d'une consistance moindre que celle du sirop, et on y plonge, une à une, les sondes et les bougies, de manière qu'elles soient entièrement enduites d'une couche de préservateur; on les fait sécher en les suspendant à une

corde tendue verticalement. Il est rare que deux couches de cette substance soient nécessaires.

Le collodion adhère fortement au vernis dont sont recouvertes les sondes et les bougies; il forme corps avec lui; il ne nuit en rien à la souplesse et à la flexibilité de ces instruments; il peut toujours être appliqué lorsque les sondes et les bougies ne doivent être employées que comme agents de dilatation. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre à M. le docteur Civiale sur l'urétrotomie.

Monsieur et honoré collègue,

Je viens de lire dans le *Bulletin de Thérapeutique* (30 mai et 15 juin 1855) un article de vous, dont la forme et le fond m'ont vivement étonné. C'est la critique du rapport que j'ai présenté il y a trois ans à l'Académie impériale de médecine, sur le concours du prix d'Argenteuil, rapport dont cette compagnie a adopté les conclusions, en couronnant le travail de M. Reybard sur l'urétrotomie. Si vous aviez conservé à cette discussion un caractère purement scientifique, je l'aurais laissé suivre librement son cours, persuadé que le choc des opinions exprimées avec loyauté et convenance doit toujours être utile aux progrès de notre art; mais votre critique a été tellement acerbe et injuste, que je ne saurais garder plus longtemps le silence.

Je me suis demandé d'abord comment il se fait que, trois ans après la lecture de mon rapport, il vous ait pris fantaisie de l'attaquer aussi rudement : n'était-il pas plus naturel que vous, qui aviez de si bonnes choses à nous dire sur l'urétrotomie, en eussiez fait part à l'Académie, lors de la discussion de mon rapport? C'était bien là, si je ne me trompe, le moment le plus opportun de les faire connaître.

Dans votre critique, vous m'accusez d'avoir oublié, tronqué, déprécié les travaux des chirurgiens qui n'avaient pas adressé de mémoire à l'Académie, et d'avoir voulu grossir ainsi, à leurs dépens, le bagage scientifique du concours. Certes, ce n'est pas à propos de l'appréciation que j'ai faite de l'opération de M. Syme que vous avez dû vouloir m'adresser un reproche aussi blessant : vous ne me paraissez pas assez charitable pour venir ainsi officieusement prendre en main la défense d'un homme éminent, dont vous n'avez d'ailleurs pas même prononcé le nom dans votre article. Il est donc évident que vous avez voulu faire allusion au silence que j'ai gardé

sur vos propres travaux, et en particulier sur ceux qui ont rapport à l'urétrotomie, et, dans vos phrases malveillantes, il est facile de reconnaître le mécontentement de l'auteur dont les prétentions ont été méconnues. Permettez-moi donc de rechercher d'abord ce que vous avez fait sur l'urétrotomie, et d'examiner ensuite quelle part peut vous être dévolue dans la découverte ou les perfectionnements de cette opération.

Dès vos premières tentatives de lithotritie, vous avez été obligé de diviser les deux extrémités de la fosse naviculaire pour y faire pénétrer les instruments, presque toujours trop volumineux pour franchir l'entrée du canal ; vous avez même inventé pour cela un petit instrument, qui n'est autre que le bistouri caché, dit de Biennaise. Or, vous dites (2e édition, 1842, p. 331) dans votre Traité des maladies de l'urètre, que les heureux résultats obtenus par vous de ce débridement depuis longues années, joints aux observations de plaies de l'urètre, devaient conduire à penser que l'on pourrait inciser avec avantage les rétrécissements durs allongés qui résistaient à la dilatation ; il ne s'agissait plus, ajoutez-vous, que de déterminer la manière d'opérer. Si je ne me trompe, vous vous posez là comme l'inventeur ou tout au moins le promoteur de l'urétrotomie. Or, comment se fait-il qu'en 1837, époque certainement bien éloignée de vos premières opérations de lithotritie, vous ayez dit (Traité des maladies de l'urètre, 1re édit., p. 282), à propos du traitement des rétrécissements de l'urètre, que vous n'aviez pas pu encore vous décider à inciser les parois urétrales ? Comment concilier vos prétentions avec une pratique aussi timorée ?

Vos premiers essais d'urétrotomie apparaissaient en décembre 1842, dans la 2e édition de votre Traité des maladies de l'urètre (page 335) ; vous y rejetez les scarifications superficielles, auxquelles vous préférez les incisions profondes, sans nous dire toutefois quel degré de profondeur vous voulez qu'on donne à ces incisions. Vous parlez de deux malades sur lesquels vous les auriez pratiquées pour des rétrécissements de la portion pénienne de l'urètre, et vous parlez d'améliorations notables obtenues moyennant la recommandation faite aux malades de passer tous les jours des bougies ; mais vous nous laissez ignorer si ces améliorations ont persisté. Vous conviendrez, honoré collègue, que ce ne sont pas là des faits sérieux et capables d'éclairer grandement la question.

Ce n'est réellement qu'en 1849 que vous êtes devenu le partisan bien avéré de l'urétrotomie et que vous avez même cherché à en poser les principes (Mémoire sur l'urétrotomie, 1849). Votre procédé

opératoire consiste à inciser d'arrière en avant toute l'épaisseur du rétrécissement, puis à passer chaque jour de grosses bougies, que l'on retire immédiatement, de manière à maintenir les lèvres de la plaie écartées, et à obtenir la souplesse et l'élasticité des lambeaux (*loc. cit.*, p. 59). Telles sont vos doctrines et votre pratique dans le moment actuel; mais permettez-moi de vous faire observer que dans tout cela il n'y a rien, absolument rien qui vous appartienne et que vous n'ayez emprunté à vos contemporains. Pour ne citer que M. Reybard, voici comment il opérait en 1833.

Il pratiquait des incisions multiples, comprenant l'épaisseur des parois du rétrécissement, de manière à obtenir de suite une dilatation suffisante par l'emploi de sondes à demeure, destinées à dégorger et à modifier les tissus malades. Mais, en 1839, s'étant aperçu de l'inconvénient de cette pratique, il conseilla encore les mêmes incisions profondes; mais, au lieu de laisser les sondes à demeure, il ne les employait que momentanément, pour écarter les lambeaux de la plaie, en empêcher l'adhésion, et exercer sur eux une compression légère, qui en facilitât le dégorgement et la résolution. Cette pratique du chirurgien de Lyon n'est-elle pas celle que vous avez suivie et que vous conseillez encore aujourd'hui? Ainsi, en résumé, on vous voit jadis opposé à l'urétrotomie, ou n'osant pas la pratiquer, vous rallier à cette opération, alors seulement qu'elle a été l'objet de travaux nombreux et importants, et, à cette époque même, ne rien imaginer et ne rien faire qui ne soit parfaitement connu.

Dans tout votre bagage scientifique, je ne trouve qu'un urétrotome, et encore est-il tellement défectueux que peu de praticiens seront tentés de l'adopter.

En effet : 1° la lame tranchante de cet instrument en occupe l'extrémité et est cachée dans un renflement olivaire; or, comment concevoir que ce renflement, qui ne peut guère avoir moins de 4 ou 5 millimètres dans son plus grand diamètre transversal, puisse franchir un rétrécissement très-serré, réfractaire à la dilatation, et tel qu'on en rencontre parmi ceux auxquels nous sommes obligés d'appliquer l'urétrotomie?

2° Le tranchant de la lame, à raison de sa forme et de sa brièveté, coupe mal les tissus, sur lesquels il agit plutôt en pressant qu'en sciant. Il en résulte que, pour traverser le rétrécissement, on est obligé d'exercer sur l'instrument une traction souvent très-forte, ce qui déplace les tissus malades, plisse la membrane muqueuse, et expose celle-ci à être coupée irrégulièrement et dans une grande étendue. Le fait suivant, observé il y a deux ans dans votre service

même, va montrer quels peuvent être les ravages produits par cet urétrotome. Un malade entra à l'hôpital Necker dans votre service au mois de février 1853, pour un rétrécissement placé à la racine de la verge, près du bulbe, et fut opéré par vous-même, suivant votre procédé. Quelques jours après, il succomba à des accidents de phlébite. A l'autopsie, on trouva du pus dans plusieurs articulations et dans les muscles du mollet. L'urètre était fendu longitudinalement, dans une étendue de 3 centimètres environ au devant du rétrécissement. L'incision, plus profonde à sa partie moyenne qu'aux deux extrémités, pénétrait dans le tissu spongieux du canal. Quant au rétrécissement (le fait serait incroyable, s'il ne m'avait été affirmé par un témoin digne de foi), il paraissait n'avoir pas été divisé. De tout ceci il faut conclure, honoré collègue, que vos travaux sur l'urétrotomie se réduisent à peu de chose, et que le rapport du prix d'Argenteuil ne saurait être blâmé de les avoir passés sous silence.

Il me reste maintenant à examiner la valeur de vos appréciations sur le fond même de ce rapport.

M. Reybard, comme tous les praticiens, n'a pas manqué d'observer que les incisions intra-urétrales, bornées à l'épaisseur seule du rétrécissement, ne procurent souvent que des guérisons palliatives. Malgré la précaution de passer souvent des bougies dans le canal, les malades voient la dysurie se reproduire avec tout le cortége de ses inconvénients. C'est là ce qui l'a déterminé à chercher une opération capable de procurer des résultats plus complets.

Le 21 septembre 1844, il envoya à l'Académie de médecine, pour le concours du prix d'Argenteuil, un premier Mémoire sur l'urétrotomie. Dans ce travail, il pose les principes d'une opération nouvelle, qui consiste à diviser les parois de l'urètre dans toute leur épaisseur et à maintenir écartées les surfaces de la plaie, de manière à obtenir une pellicule cicatricielle mince, non rétractile, et capable de donner au canal une ampliation permanente. Il s'appuya sur les expériences qu'il avait faites chez les animaux et sur des faits cliniques. Telle est la seule opération qu'il ait conservée et qu'il défende encore aujourd'hui, celle que la dernière commission du prix d'Argenteuil a cru devoir couronner.

Dans l'examen que vous avez fait de mon rapport, et pour en faciliter la critique, vous vous êtes permis d'abord d'en altérer le texte. Vous me faites dire [1] « que le concurrent couronné a fait une découverte de la plus haute portée, et sur laquelle il a édifié sa mé-

---

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, mai 1855, p. 443.

thode thérapeutique. » Cette phrase ne se trouve dans aucune partie de mon rapport.

Le chirurgien de Lyon admet, à la vérité, que les rétrécissements sont constitués par un tissu anormal ou de transformation, ayant de grandes analogies de propriétés avec le tissu cicatriciel, c'est-à-dire possédant essentiellement, comme lui, la rétractilité et l'élasticité. En cela, il a partagé les opinions généralement admises. Mais ce qui lui appartient et constitue une des idées fondamentales de son travail, c'est d'avoir montré que ce tissu ne reprend jamais les propriétés primitives des parois de l'urètre, quel que soit le moyen thérapeutique employé. C'est ce que vous ignorez encore aujourd'hui, honoré collègue, vous qui prétendez [1] ramener par la dilatation, après l'urétrotomie, les parois du canal à leur condition normale de souplesse et d'élasticité, et consolider ainsi la guérison de vos opérés. Or, c'est sur ces faits, maintenant incontestés, que M. Reybard a édifié sa méthode thérapeutique, méthode que vous paraissez vraiment n'avoir pas comprise.

Je ne répondrai pas au reproche que vous m'avez adressé [2], de n'avoir mentionné qu'en passant et comme un hors-d'œuvre les procédés de la dilatation. La dilatation, en effet, n'était pas en cause ; et d'ailleurs, je n'avais à juger que les méthodes applicables aux rétrécissements réfractaires à tous les moyens jusqu'ici connus.

Maintenant, que j'ai rétabli la vérité sur ces points, je vais aborder la partie de votre travail où vous critiquez mes appréciations sur l'urétrotomie.

Vous me reprochez d'avoir décrit très-légèrement le procédé opératoire du chirurgien de Lyon, et pour me donner une leçon d'exactitude, vous entrez vous-même dans quelques détails à ce sujet. Vous dites [3] que l'auteur pratique sur les rétrécissements plusieurs incisions, les unes superficielles, les autres plus profondes, et dans toute l'épaisseur des tissus affectés ; que ce n'est pas sur les côtés seulement, comme on l'a dit, que M. Reybard incise l'urètre, mais que c'est en haut et en bas, de sorte que le canal se trouve coupé sur quatre côtés, etc. En vérité, honoré collègue, je ne sais où vous avez ramassé tous ces détails : ils sembleraient prouver que les travaux récents de l'auteur vous sont complétement étrangers. Sachez donc, une fois pour toutes, que la méthode d'urétrotomie,

---

[1] Mémoire sur l'Urétrotomie, 1849, p. 117.
[2] *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, p. 497.
[3] *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, p. 446.

adoptée aujourd'hui par M. Reybard, consiste à faire sur l'un des côtés de l'urètre, au niveau du rétrécissement, une seule incision, comprenant toute l'épaisseur des parois de ce canal, et à introduire ensuite momentanément des instruments dilatants, pour empêcher la réunion des surfaces divisées. Les incisions multiples, que vous attribuez à M. Reybard, remontent à une époque déjà ancienne (1833) et ont depuis longtemps disparu de sa pratique. Pour vous en assurer, il n'aurait pas fallu vous contenter de parcourir quelques-unes des observations placées à la fin de son ouvrage, mais lire celui-ci tout entier. Vous auriez pu ainsi mieux juger que vous ne l'avez fait l'opération du chirurgien lyonnais. Permettez-moi donc de ne pas accepter vos reproches, et de renvoyer à son adresse le passage de votre pamphlet dans lequel vous supposez l'urétrotomie en général, *peu répandue*, *peu étudiée*, *peu pratiquée*, *et en dehors des habitudes de la chirurgie encyclopédique* (¹). Sachez que les hommes placés à la tête de la chirurgie des hôpitaux à Paris, à Lyon et dans toutes les grandes cités, ont autant et plus que vous l'occasion de traiter les coarctations urétrales, de méditer sur la valeur des nombreux moyens qu'on a imaginés pour les guérir.

Mais laissons là une discussion peu digne d'hommes sérieux, et voyons si, comme vous le prétendez, le rapport de la Commission du prix d'Argenteuil a dissimulé ou atténué les suites et les accidents de l'urétrotomie.

1° A l'exemple de M. Reybard, j'ai regardé les hémorrhagies comme un accident fréquent et quelquefois sérieux; mais assurément, on ne saurait en faire une objection grave contre l'urétrotomie, car on parvient toujours à les maîtriser par des moyens convenables, et je ne sache pas qu'elle ait jamais entraîné la mort d'aucun opéré. Si dans un cas l'écoulement de sang, au lieu de se porter au dehors, s'est fait dans la vessie, la faute en est uniquement au chirurgien qui, pour l'arrêter, ne crut devoir mieux faire que de lier la verge.

2° Quant aux infiltrations de sang qui surviennent dans le périnée, la verge, le scrotum, jamais elles ne donnent lieu à ces inflammations, à ces abcès dont vous avez tracé un tableau (²) que dément la lecture des observations; et, pour quiconque a les notions les plus élémentaires d'anatomie, l'épanchement de sang que vous supposez se faire quelquefois dans les corps caverneux est un accident matériellement impossible.

(¹) *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, p. 448.
(²) *Bulletin de Thérapeutique*, 1855.

3° J'ai dit dans mon rapport que l'infiltration d'urine, d'après la théorie, semble devoir être inévitable après l'incision des parois urétrales, et que cependant l'observation prouve que cette supposition est mal fondée, puisque la pratique de M. Reybard n'en mentionne qu'un seul exemple survenu dans un cas spécial, à savoir, l'existence de deux rétrécissements, dont l'un, placé profondément, empêcha l'opérateur de placer une sonde dans le canal[1]. On eût pu, ce semble, éviter cet accident en incisant de suite les deux rétrécissements, afin de pouvoir placer immédiatement une sonde dans l'urètre, durant les deux ou trois premiers jours, moyen infaillible de prévenir les accidents de cette nature.

Quant aux phénomènes généraux, tels que la phlébite, les inflammations dans les masses musculaires et les articulations, les pneumonies, que vous énumérez avec complaisance, et que vous prétendez avoir été notés chez un grand nombre de malades[2], c'est une erreur manifeste, un tableau fait à plaisir; il est même à remarquer que les observations de M. Reybard ne mentionnent aucun de ces accidents, à l'exception d'un cas de pleuropneumonie intercurrente, survenue chez un malade qui, immédiatement après avoir été opéré, s'en est retourné à pied du local de l'Académie à la barrière de la Chapelle, au mois de février, malgré les recommandations de M. Reybard.

Je n'ai point dissimulé non plus la fréquence et la gravité des accès fébriles à forme intermittente quelquefois pernicieuse, qui se manifestent après l'urétrotomie, et si je n'en ai pas indiqué les symptômes avec détail, c'est que tous les praticiens qui ont un peu étudié les maladies de l'urètre les connaissent suffisamment.

Vous voyez donc, honoré collègue, que je n'ai point passé sous silence les accidents de l'urétrotomie; aussi ai-je dit dans la conclusion de mon rapport que « cette opération est sérieuse, qu'elle peut provoquer de graves accidents, même la mort, et qu'elle doit être réservée pour des cas de rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues[3]. » En présence d'une déclaration aussi explicite, je ne puis donc concevoir que dans votre critique vous m'ayez fait présenter l'urétrotomie comme *une opération sûre et peu grave, et comme une méthode générale de traitement des coarctations urétrales*[4].

---

(1) Observation XXXIII.
(2) *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, p. 494.
(3) Rapport, p. 41, 42.
(4) *Bulletin de Thérapeutique*, 1855, p. 496.

Du reste, les accidents que vous imputez à l'urétrotomie, telle que M. Reybard la pratique, ne s'observent pas exclusivement après cette opération ; ils sont plus ou moins fréquents après toutes les incisions intra-urétrales, quelles qu'en soient la longueur ou la profondeur. Je vais vous le prouver par des faits nombreux et irrécusables.

Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Ricord disait avoir vu fréquemment des hémorrhagies assez graves après de simples scarifications, et moi-même j'ai observé plus d'une fois, après la coarctotomie, des hémorrhagies d'une et deux palettes.

Des inflammations suppuratives, circonscrites ou diffuses, ont été observées après ces mêmes opérations. Ainsi, en 1852, j'ai ouvert un abcès à un malade chez lequel M. Leroy d'Etiolles avait pratiqué des scarifications multiples pour un rétrécissement placé à un pouce du méat urinaire. En 1848, Blandin avait vu succomber aux suites d'une inflammation diffuse, avec abcès urineux, un malade dont le rétrécissement, situé à deux pouces et demi du méat, avait été incisé par lui avec l'urétrotome de M. Pétrequin, dont les lames avaient été ouvertes chacune à un centimètre. (Cette observation a été communiquée par M. Leroy d'Etiolles à l'Académie de médecine, séance du 9 novembre 1852.)

Les troubles nerveux et les accès de fièvre pernicieuse ne sont pas sans exemples après les scarifications.

Un homme âgé de cinquante-huit ans fut soumis à la scarification à l'hôpital du Midi, pour un rétrécissement très-dur et très-étroit, situé vers la région membraneuse. L'opération fut pratiquée sans de grandes difficultés; mais le malade parut souffrir beaucoup, et, au bout de quelques heures, il fut pris d'un violent frisson, auquel succéda une forte chaleur ; et ce fut pendant cette période de réaction qu'il fut pris subitement de suffocation et qu'il mourut comme une personne étouffée [1]. C'est encore à des symptômes de même nature que paraît avoir succombé un malade opéré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1852, par M. Barrier, chirurgien en chef. Il avait été soumis à la scarification avec le coarctotome de M. Bonnet. La mort survint quatorze heures après l'opération [2].

Enfin, la phlébite et l'infection purulente ont été plusieurs fois observées à la suite de l'urétrotomie pratiquée suivant votre procédé. Indépendamment du fait recueilli dans votre service à l'hôpital

---

[1] Civiale, De l'Urétrotomie, 1849, p. 97.

[2] Gazette hebdomadaire, 1854, p. 91.

Necker, en 1853, et que j'ai rapporté plus haut, en voici deux autres observés à l'hôpital Saint-Louis, dans la même année.

Ces deux malades ont été opérés par M. Richard avec votre urétrotome: ils sont morts tous les deux, au bout de quelques jours, avec des abcès métastatiques. Chez tous les deux, les incisions avaient été régulièrement pratiquées; elles étaient superficielles et comprenaient toute l'épaisseur du rétrécissement. Cependant, sur une des pièces, qui est conservée dans le musée Dupuytren, et que j'ai vue, le retrécissement occupe la portion bulbo-membraneuse. L'incision est très-superficielle et a deux centimètres de longueur. A tous ces cas de mort, je pourrais encore ajouter celui que vous indiquez dans votre statistique de vingt-deux opérations [1]; mais je me borne à le mentionner, car vous n'avez pas fait connaître les causes qui ont amené la mort. En présence de tous ces faits, il est impossible de conserver le moindre doute sur la gravité des incisions intra-urétales, quelque petites qu'on les suppose; et il ne m'est point encore démontré que la méthode de M. Reybard, malgré les accidents sérieux qui peuvent l'accompagner, soit plus souvent suivie de mort que les autres.

En résumé, le rapport de la Commission d'Argenteuil n'a point dissimulé la gravité de la méthode de M. Reybard; et, sans entrer dans des détails minutieux que ne comportait pas un travail de cette nature, il s'est efforcé de juger avec impartialité cette opération. C'est une tendance assez ordinaire aux auteurs d'une idée nouvelle d'en exagérer la portée, et d'en forcer les applications; en cette qualité, notre confrère de Lyon a dû subir plus ou moins la loi commune. Mais la Commission, dégagée de toute idée personnelle, a pu éviter cet écueil, et se borner à un examen rigoureux des faits. Elle a vu dans le travail de M. Reybard une œuvre importante, résultat de travaux consciencieux et persévérants, une appréciation exacte des méthodes en usage dans le traitement des coarctations; enfin, une opération nouvelle qui peut devenir une ressource précieuse dans les cas graves et rebelles où tous les autres moyens sont restés sans succès. La Commission a couronné ce travail, et aujourd'hui encore, en dépit des rivalités jalouses, elle croit avoir rempli rigoureusement son devoir.

Agréez, honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée. Robert.

---

[1] Civiale, de l'Urétrotomie, 1849, p. 117.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes, par A. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi (vénériens), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, membre fondateur de la Société de Chirurgie ; 2e édit. Paris, Victor Masson.

Tout craque, tout casse, tout passe, disait un jour dans un petit cénacle M. de Lamartine : cette sentence, dont la formule originale nous a frappé, que le poëte illustre nous permette de l'appliquer un instant aux choses de la médecine. Cette instabilité de notre science laborieuse, il semblerait qu'elle eût dû disparaître, à partir du jour où la méthode d'observation fut mieux comprise et généralement appliquée; il est bien loin d'en être ainsi cependant, et sans sortir du cercle restreint qu'embrasse l'ouvrage du savant chirurgien de l'hôpital du Midi, à combien de questions n'a-t-on point apporté les solutions les plus diverses ! Mais entre ces doctrines, ou plutôt, pour mettre les mots dans une plus juste proportion avec les choses, entre ces tentatives de généralisations partielles, il en est une qui se distingue, et par l'ambition de son but et par la netteté magistrale de ses affirmations, c'est celle de M. Ricord. Là, tous les phénomènes se groupent dans un ordre invariable : la syphilis est une maladie qui n'a prise que sur l'homme, elle débute fatalement chez l'adulte par un accident primitif local, le chancre, qui seul joint à la propriété d'élaborer l'élément capable de transmettre la maladie; puis viennent successivement des phénomènes consécutifs, expression plus ou moins tardive de l'infection de l'organisme, etc. Dans cette conception de la syphilis, tout est réglé, compassé; c'est l'ordre le plus parfait; la mécanique céleste n'offre rien de plus régulier. M. Leverrier, à l'aide des calculs qui lui ont permis de préciser le point du ciel où devait se trouver une planète, y pourrait préciser l'instant de l'évolution d'un phénomène, si quelquefois ce besoin se faisait sentir. Si, pour notre compte, nous n'avons jamais donné un complet assentiment à une doctrine si ingénieusement élaborée, si admirable par sa symétrie, nous l'avouerons plus d'une fois, nous nous sommes laissé entraîner à désirer que l'expérience vînt lui apporter son irréfragable sanction. Ce n'est pas qu'*à priori*, nous n'eussions déjà quelque scrupule à nous rapprocher ainsi de l'habile médecin de l'hôpital du Midi : cet ordre que l'homme saisit si bien, cette simplicité dans les rapports, cette symétrie si correcte, c'est là le caractère des choses de l'industrie humaine, et non celui de l'industrie de la nature. Ici tout se passe dans une sphère plus large ;

l'ordre réside à une portée qui dépasse notre vue débile ; c'est pourquoi nous sommes si souvent tentés de voir de la désharmonie là partout où, sans une harmonie parfaite, rien n'est possible, rien ne saurait être. Aujourd'hui, il faut bien le reconnaître, la théorie si correcte de M. Ricord n'a plus seulement à se défendre contre la raison s'appuyant sur l'analogie; l'observation directe, l'expérimentation même viennent s'inscrire en faux contre elle, ou au moins apportent des faits qui semblent démentir quelques-unes de ses affirmations fondamentales. En deux mots, le système de M. Ricord craque : cassera-t-il? telle est la question, *that is the question.*

Avant de parler de l'ouvrage de M. Vidal, notre plume a, comme d'elle-même, été à la question brûlante que nous venons d'agiter ; et la raison en est bien simple : c'est que, d'une part, le livre de M. Vidal, dont la fortune est faite, n'a pas besoin d'une analyse qui en fasse connaître les détails substantiels, l'économie générale, et que, d'un autre côté, l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi est, de tous ceux qui ont abordé cette question, celui qui a le plus ébranlé, s'il ne l'a renversée déjà, la théorie de son ingénieux collègue. Aussi bien, dans cette nouvelle édition de son livre, comme dans celle qui, il y a si peu de temps, l'a précédée, M. Vidal s'applique-t-il, en maints endroits, à combattre l'*idole* de M. Ricord, pour nous servir d'une des expressions imagées de Bacon. Le point de doctrine capital qu'a traité le chirurgien distingué dont le livre est l'objet de cette note, c'est le fait de la transmissibilité des accidents secondaires de la syphilis. On sait que M. Ricord nie d'une manière absolue cette transmissibilité, ou au moins ne l'admet que sous l'influence mystérieuse de l'incubation génésiaque; c'est là la grande erreur que s'est surtout efforcé de combattre M. Vidal. Il faut lire dans le livre même les observations précises, accablantes, que cite l'auteur, pour établir ce point de doctrine, et aussi la discussion serrée qui a pour but de mettre en pleine lumière cette vieille vérité, que nous avions presque complétemeut perdue de vue depuis quelque vingt ans.

En ouvrant l'ouvrage dont il s'agit en ce moment, nous avons craint un instant que cette discussion, qu'ont passionnée une foule d'intérêts divers, ne fût pas menée par M. Vidal (de Cassis) avec cette prudence, cette courtoisie, qui vont pourtant si bien aux discussions scientifiques. Heureusement nous nous sommes à peu près complétement trompé : la virulence est restée dans la maladie; elle n'a point passé sous la plume de l'écrivain. Comme, lorsqu'il s'agit de syphilis, cette tempérance dans l'argumentation n'est pas précisément épidémique, nous croyons devoir citer comme exemple bon

à proposer les propres paroles de l'auteur, qui témoignent au moins de sa libérale intention. « J'ai surtout traité, dit M. Vidal dans la préface de cette nouvelle édition de son livre, de la transmissibilité des accidents secondaires; je l'ai résolue dans le sens des contagionistes. Pour savoir si j'étais dans le vrai, on n'a qu'à parcourir les productions qui ont suivi la publication de ce livre; toutes celles qui ont un caractère sérieux sont dans les principes que j'ai soutenus. Il n'entre point dans ma pensée de m'attribuer ce progrès; je désire tout simplement le constater. Les accidents syphilitiques, dits secondaires, se transmettent dans certaines circonstances, voilà le dogme actuel : il est déjà écrit dans les livres de MM. Grisolle et Valleix. D'ailleurs, d'autres observations, d'autres expériences confirmatives seront faites, gardez-vous d'en douter. Arrivant après le bruit de la lutte, et sous pavillon neutre, elles seront acceptées, même par ce qui reste d'opposants. Le point d'honneur sera déclaré sauf; personne n'aura été vaincu, et s'il y a triomphe, il ne sera que pour la science. »

Si nous ajoutons que ce ne sont pas là seulement des assertions, mais que des faits nombreux, authentiques, viennent les appuyer, nous avouerons que nous nous sentons fortement ébranlé dans ce demi-assentiment que nous avions donné à la théorie de M. Ricord. Ce qui est beaucoup plus grave encore que cette incertitude, c'est la défection récente d'un des plus fervents, des plus éclairés partisans de l'ingénieux médecin de l'hôpital du Midi, nous voulons parler de M. Cullerier. A ce symptôme grave, ne peut-on pas se demander si, comme Broussais, M. Ricord ne serait pas destiné à survivre à son propre système. Quoi qu'il en soit à cet égard, au point où en sont venues les choses, il faut que cette question soit bientôt résolue. Allons, monsieur Ricord, à l'œuvre; depuis longtemps on nous parle d'un ouvrage de vous, dans lequel toutes les questions relatives à la spécialité que vous avez cultivée avec tant d'éclat et de profit seront traitées, creusées dans toute leur profondeur; le temps est venu où il faut acquitter cette promesse. Vous le devez à un double titre, pour ramener dans la voie de la vérité ceux que vous avez égarés, ou bien pour ramener sous votre drapeau ceux qui s'en écartent, et dont le nombre augmente tous les jours.

M. Vidal aura au moins eu cette gloire, que ces grandes et fondamentales questions vont nécessairement être promptement vidées : quelle qu'en soit la solution, la courageuse initiative y trouvera infailliblement une honorable récompense. En attendant, le livre qu'il vient de rééditer ne peut manquer d'être accueilli avec la même fa-

veur qu'il a su se concilier d'abord. Aucun ouvrage, en effet, traitant les mêmes questions, embrassant dans son ensemble cette intéressante spécialité, ne peut être mis en parallèle avec cet ouvrage substantiel, et surtout marqué au coin d'une pratique si judicieuse. Les planches coloriées, fort bien faites, qui accompagnent le livre, ne peuvent que contribuer à lui gagner encore davantage la faveur populaire; ces planches traduisent, en effet, d'une manière saisissante les principales manifestations de la syphilis.

Outre les questions pratiques fondamentales, lorsqu'il s'agit de syphiliographie, M. Vidal a traité, avec une attention qui prouve qu'il en a compris l'importance, tout ce qui a trait aux maladies syphilitiques viscérales, à la syphilis chez les nouveau-nés, et à la prophylaxie des maladies vénériennes. En homme judicieux, M. Vidal n'a point donné aux manifestations viscérales l'extension démesurée que nous avons blâmée dans un autre temps, et qui tendrait à rendre toute la pathologie tributaire de la vérole : là même où les antécédents, l'âge des malades, l'efficacité du traitement spécifique, feront le plus légitimement présumer la nature syphilitique des accidents, il se renferme dans un doute plein de circonspection. C'est qu'il sait qu'il y a dans l'organisme une foule de ressources imprévues, plus puissantes parfois que les agents les plus puissants. Ainsi, il rapporte quelques observations de maladies cérébrales, se traduisant sous la forme d'apoplexie, et que l'iodure de potassium a fait disparaître. Y avait-il là véritablement quelque chose de spécifique? M. Lebert a guéri l'ulcère rond de l'estomac par la même méthode; et certes, on ne peut pas dire qu'ici la maladie eût quelque rapport avec la diathèse syphilitique. Nous louons M. Vidal d'avoir agité ces questions, mais nous ne le louons pas moins de la sage réserve qu'il a mise dans la solution qu'il en propose. Même après avoir lu M. Diday, on peut lire non sans fruit ce qui a trait, dans le Traité des maladies vénériennes, à la syphilis infantile : il en est de même de la prophylaxie de la vérole. Tout cela est judicieux et termine heureusement un livre qu'on relira souvent, quand on l'aura bien lu une fois.

BULLETIN DES HOPITAUX.

EMPLOI DE LA GLYCÉRINE DANS LE PANSEMENT DES PLAIES. — Dans une communication qu'il a faite récemment à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, M. Demarquay a appelé l'attention

sur les effets remarquables de la glycérine, soit comme moyen de pansement des plaies, soit comme moyen de modifier des plaies présentant la complication grave de la pourriture d'hôpital. Les plaies soumises à ce mode de pansement, a dit M. Demarquay, ont un aspect rosé, et se maintiennent si propres, qu'on est dispensé de laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat et de pus, qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine se lavent avec la plus grande facilité; de plus, cette substance modère la suppuration, ainsi que M. Demarquay a pu s'en assurer sur un certain nombre de malades soumis, avant l'emploi du nouveau pansement, à l'usage du cérat. Les bourgeons charnus eux-mêmes restent peu développés, et n'ont pas besoin d'être réprimés par la pierre infernale. Ajoutons à ces avantages celui de rendre les pansements doux et agréables aux malades, et d'activer d'une manière notable la cicatrisation des plaies.

Les renseignements que nous avons pris dans les hôpitaux, auprès de quelques-uns des chirurgiens qui ont déjà fait usage de la glycérine, les expérimentations auxquelles nous nous sommes livré nous-même nous permettent de considérer comme démontrés quelques-uns des avantages attribués par M. Demarquay à ce pansement particulier, avantages que M. Denonvilliers nous a confirmés de son côté. Comme moyen de tenir les plaies parfaitement propres et nettes, comme moyen d'éviter aux malades ces raclages douloureux des bords des plaies, qui allongent démesurément les pansements, la glycérine l'emporte certainement sur presque tous les modes de pansement connus. La manière d'en faire usage est d'ailleurs des plus simples : un linge fenêtré, trempé dans cette substance, est placé sur la plaie, qu'il recouvre largement; un peu de charpie est appliquée sur le linge : le tout est recouvert d'une compresse et d'une bande. Le lendemain, le linge s'enlève sans douleur, sans difficulté, et l'on voit une plaie rose, à peine recouverte de pus; souvent même il est inutile de l'éponger. En campagne, sur le champ de bataille, dans les hôpitaux militaires, un pareil mode de pansement doit être très-précieux; et ce qui le rend plus précieux encore, c'est que la glycérine est une substance qu'on peut apporter toute préparée dans des bidons, comme l'eau-de-vie camphrée, et qui n'est pas susceptible de s'altérer comme le cérat.

La glycérine possède peut-être encore une action légèrement stimulante, qui peut avoir pour résultat d'améliorer la guérison des plaies. Les témoignages que nous a adressés, il y a quelques années, un de nos honorables confrères et compatriotes, qui pratique

la médecine à Odessa, M. le docteur Dallas, au sujet de l'action cicatrisante de la glycérine dans les plaies, et principalement dans les plaies consécutives aux brûlures, nous font regretter, en présence de la communication de M. Demarquay, que les graves événements qui s'accomplissent dans ces parages aient interrompu toute communication, et nous aient privé, par suite, de la note que notre confrère nous promettait à cet égard. Nous ferons seulement une remarque, c'est que la glycérine, appliquée sur certaines surfaces dénudées, n'est pas toujours sans déterminer quelques douleurs, et nous nous rappelons, à cet égard, un jeune homme atteint de balano-posthite, chez lequel une application de glycérine fut suivie de douleurs extrêmement vives, et, nous devons ajouter, sans aucune modification appréciable. Nous tenons, d'ailleurs, de M. Aran, qui a fait usage depuis longtemps de la glycérine en injections, dans les catarrhes utérins, que ces injections peuvent être suivies de douleurs plus vives que les injections ordinaires d'eau, d'alun, etc. Nous devons ajouter également que notre collaborateur, ayant essayé récemment les applications de glycérine sur les ulcérations du col de l'utérus, n'a pas cru remarquer un changement bien notable dans l'aspect des surfaces ulcérées, bien que ces pansements aient été renouvelés tous les deux jours, et, dans certains cas, accompagnés de l'introduction d'un tampon de charpie imprégné de glycérine.

Mais M. Demarquay a signalé dans sa communication un effet de la glycérine qui serait encore bien précieux, si l'expérience ultérieure en confirmait l'exactitude. Ce chirurgien aurait vu des plaies compliquées de pourriture d'hôpital, traitées sans succès par les acides acétique, azotique, et même par le fer rouge, changer d'aspect en vingt-quatre heures, la fièvre tomber, et la guérison s'accomplir sous ses yeux. Nous craignons bien que M. Demarquay ne se soit fait illusion à cet égard; et les renseignements que nous avons pris sur des expériences faites dans d'autres services que le sien ne confirment nullement cette propriété si remarquable attribuée à la glycérine. Il est vrai que les plaies offrent à l'hôpital Saint-Louis, dans lequel M. Demarquay a fait ses expériences, une tendance à devenir grisâtres, et cette coloration persiste souvent plusieurs jours, sans que la marche de la plaie en soit ralentie. Il est donc possible que M. Demarquay ait attribué cette coloration grisâtre à la pourriture d'hôpital, que l'on ne voit pourtant que très-rarement à l'hôpital Saint-Louis. M. Dallas nous avait signalé aussi la modification de coloration de la plaie, sous l'influence de la glycérine. C'est donc une

question à vérifier que l'efficacité de cette substance contre la pourriture d'hôpital.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot, relativement au prix commercial de la glycérine. Il est très-vrai que cette substance est aujourd'hui d'un prix très-élevé; mais il suffit de savoir que, dans la fabrication des bougies stéariques, des quantités immenses de ce liquide se perdent, pour comprendre que son prix doit s'abaisser énormément dès qu'elle sera devenue d'une application un peu générale. Ajoutons que les expériences tentées dans le service de M. Denonvilliers semblent démontrer que la glycérine peut être employée brute, sans purification préalable.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Alun (*Modes d'administration et applications diverses de l') au traitement des maladies des organes génitaux de la femme.* L'emploi de l'alun dans les maladies des organes génitaux chez les femmes, et, en particulier, dans le traitement des maladies de matrice, est une de ces choses qu'on ne saurait trop rappeler aux médecins, tant l'on peut demander de services à ce précieux agent thérapeutique; mais le mode d'application joue un assez grand rôle pour qu'il soit nécessaire d'y insister quelque peu. En général, l'alun est peu employé à l'intérieur, malgré les travaux des médecins du dernier siècle et ceux de M. Jacquot, de Saint-Diez. Il n'en est pas de même à l'extérieur : ainsi, on peut d'abord complétement saupoudrer le vagin avec de l'alun pulvérisé, à l'aide du spéculum, qu'on retire à mesure. En second lieu, on peut porter dans le vagin, ou sur le cul de l'utérus, à l'aide du spéculum, un tampon de coton cardé, de la grosseur d'une noix, contenant dans son centre la valeur d'une petite cuiller à café de poudre d'alun; le tampon est retiré, après quelques jours, au moyen du fil dont on l'a traversé, et qu'on a eu le soin de laisser pendre hors de la vulve. On peut encore faire des mèches de charpie, de grosseur variable, enduites de pommade alumineuse, parties égales d'alun et d'axonge; la mèche est introduite sans l'aide du spéculum et laissée douze ou vingt-quatre heures. En faisant des mèches fines et en se servant du spéculum et d'un très-long porte-mèche, on peut les introduire dans la cavité du col de l'utérus ou de la matrice même. Enfin l'alun peut être administré en solution et à doses variables. Ce qu'il faut bien savoir encore pour pouvoir rassurer les malades dans l'occasion, c'est la nature particulière des effets de l'action de ce médicament sur les muqueuses : il diminue l'afflux de sang dans les capillaires, par conséquent décolore les membranes, les resserre, diminue la sécrétion, enfin donne lieu, par la combinaison avec le mucus vaginal, à des lambeaux blancs secs, se détachant et s'échappant au dehors par plaques d'épaisseur variable. C'est le tampon sec qui exerce, comme on le comprend, l'effet astrictif le plus complet.

Rappelons maintenant, comme M. Gautier l'a fait dans un travail récent, les applications principales et les plus utiles de l'alun contre les écoulements chroniques de la vulve chez les petites filles; son emploi mérite d'être connu et apprécié. Le nitrate d'argent possède cependant plus d'avantages, en ce qu'il tarit aussi la sécrétion et guérit assez souvent les enfants de leur habitude de masturbation; mais c'est surtout pour les végétations peu volumineuses de la vulve que l'alun est employé avec plus de succès. Il faut l'appliquer en poudre, et renouveler souvent cette application : les condylomes, lorsqu'ils ne sont pas très-volumineux, se détachent souvent

en même temps. Dans la vaginite, et surtout dans la vaginite blennorrhagique, l'alun employé seul ne paraît avoir qu'une efficacité médiocre : la muqueuse est très-modifiée; mais le traitement n'en dure pas moins de six à huit semaines, et dès que le remède est supprimé, la muqueuse reprend quelquefois son aspect granuleux et rouge. Employé comme adjuvant de la solution concentrée de nitrate d'argent, en injections, à dose faible, on assure et on complète la guérison. Dans le cas de végétation du vagin, l'utilité de l'alun est incontestable, et remplace avantageusement l'extirpation; seulement, il faut employer les injections à forte dose, ou la poudre. Dans les maladies de l'utérus, en général, l'alun est un médicament précieux : employé en injections, il coagule les mucosités qui revêtent le museau de tanche et modifie avantageusement les surfaces malades; c'est encore là la meilleure injection à employer dans l'intervalle des cautérisations, qui sont indispensables toutes les fois qu'il existe une inflammation granuleuse ou ulcéreuse de la surface externe du col; on comprend encore qu'un tampon rempli d'alun, placé dans le vagin, dans un cas d'hémorrhagie utérine, pourrait déterminer la coagulation du sang et son arrêt définitif. Peut-être encore pourrait-on obtenir des résultats très-favurables de l'emploi topique de ce médicament, dans le cas de chute de l'utérus, en rendant aux parois vaginales la tonicité qu'elles ont perdue. Seulement, pour que les effets fussent durables, il faudrait avoir recours au tampon sec d'alun pendant un temps assez long, variable, du reste, suivant chaque malade, et, à la suite, revenir aux injections alumineuses à dose décroissante. (*Rec. de la Soc. méd. de Genève.*)

Anémie *chez les jeunes enfants* (*Traitement de l'*). Rien n'est plus vrai, le traitement de l'anémie chez les enfants, et surtout chez les enfants très-jeunes, est souvent un des problèmes les plus difficiles que puisse se poser un praticien. Non-seulement les agents thérapeutiques dont on dispose ne sont pas nombreux, et, lorsqu'il convient d'agir avec rapidité sur l'appauvrissement du sang, il n'en est aucun en qui on puisse se reposer librement, puisqu'ils agissent tous lentement et sont d'une assimilation difficile; mais encore la plus grande difficulté se trouve dans ce que, tandis que les enfants anémiques sont plus exposés que d'autres à l'hypérhémie locale et à des formes graves d'inflammation, les phénomènes réactionnels sont plus variés et souvent très-anormaux. Les enfants bien constitués, affectés de maladies inflammatoires, peuvent eux-mêmes présenter l'indication de combattre l'anémie. Reconnaître cet état est donc de la plus haute importance; car les enfants ne peuvent supporter aussi longtemps les conséquences fâcheuses de l'appauvrissement du sang que les adultes. Il faut beaucoup de tact et d'expérience pour fixer avec soin la limite à laquelle il convient de s'arrêter dans le traitement de l'état inflammatoire pour passer à un traitement tonique et nutritif. Malgré les difficultés que présentera toujours l'établissement de principes fixes en médecine, c'est seulement en faisant appel à l'expérience des médecins qui voient beaucoup de malades qu'on pourra approcher, sinon de la certitude, au moins de la plus grande probabilité. C'est ce qui nous engage à donner place ici à quelques réflexions de M. le professeur Mauthner, de Vienne, sur ce point difficile de pratique.

« Contre l'anémie des nouveau-nés, nous ne possédons pas, dit M. Mauthner, de remède plus universellement utile que le lait d'une nourrice. Il est triste de songer en effet combien de milliers d'enfants périssent seulement parce qu'ils en sont privés. Les effets produits par l'allaitement naturel tiennent quelquefois de la magie, et les maladies graves sont bientôt entièrement déracinées. On peut presque poser en principe que tout enfant né de parents faibles doit avoir une nourrice, et ne pas être sevré avant la fin de la première année. L'anémie des nouveau-nés, qui est si fréquemment occasionnée par la syphilis, ne réclame aucun traitement de plus, jusqu'à ce que la maladie se traduise par des manifestations évidentes. Il faut s'occuper beaucoup des fonctions perspiratoires de la peau chez les enfants anémiques; il faut la couvrir de flanelle en hiver, et, dans les autres saisons, de soie brute et non teinte. Chez les enfants qui deviennent anémiques pendant la dentition, une bonne nourriture, le séjour au grand air et la surveillance des fonctions de la peau sont les seuls points à considérer; mais, en outre, tous ceux qui sont encore allaités doivent conserver

leur nourrice, et celle-ci doit être bien nourrie et boire du vin, si elle y est habituée et si elle le supporte bien.

Les enfants anémiques sont souvent affectés, pendant la dentition, de diverses éruptions chroniques humides, et en particulier d'eczéma. Couvrez les parties malades de laine ou de soie, et l'éruption se modifiera avantageusement. Là où cette application est impossible sur la tête ou sur la face, on emploie avec avantage la pommade au précipité rouge (0,50 pour 24 gram. de blanc de baleine, 8 gram. de cire blanche, et 45 gram. d'huile d'olive). L'extrait de feuilles de noyer, combiné avec la rhubarbe, agit mieux dans ces cas que l'huile de foie de morue, qui est souvent mal supportée, et qui détruit l'appétit. Voici la formule donnée par M. Mauthner : Extrait de feuilles de noyer, 4 gram.; teinture aqueuse de rhubarbe, 30 gram. Dans les cas où l'huile de foie de morue est indiquée et se trouve cependant mal supportée par l'estomac, ou bien lorsqu'elle traverse l'intestin sans être digérée, M. Mauthner l'associe à parties égales de mucilage de gomme arabique et de sirop d'écorce d'orange, avec addition de deux tiers en sus d'eau distillée de tilleul.

Chez les enfants, la fièvre intermittente est souvent suivie d'anémie; mais, de plus, les enfants anémiques deviennent souvent sujets à des accès de fièvre intermittente. Ces accès annoncent souvent le début d'une tuberculisation pulmonaire, suite de l'anémie; néanmoins, le sulfate de quinine et le séjour à la campagne finissent quelquefois par en triompher.

Chez les enfants qui grandissent rapidement, et à l'époque de la seconde dentition, l'anémie n'est pas moins commune, et fort souvent, si elle n'est pas traitée à propos, elle mène à la tuberculisation. On voit, par exemple, un enfant de neuf ans, très-studieux et très-travailleur, grandir rapidement, maigrir, devenir pâle et irritable; il est pris de douleurs vagues, de frissons, de courbatures, de perte d'appétit, de dégoût pour certains aliments, de toux, de palpitations et de constipation. Cet état de choses dure des mois, l'enfant n'étant, à proprement parler, ni bien ni mal. Administrez des préparations de fer, envoyez l'enfant à la campagne et cessez les travaux d'esprit, tout va disparaître; mais si ces moyens sont négligés, l'enfant tousse et devient tuberculeux. M. Mauthner administre indistinctement toutes les préparations solubles de fer, teinture de perchlorure, citrate de fer et de quinine, teinture de malate, lactate, etc.; mais il donne, comme on voit, la préférence au sang de bœuf, que les enfants prennent volontiers lorsqu'il est desséché avec soin et trituré avec deux parties de chocolat. M. Mauthner donne jusqu'à 4 gram. d'extrait de sang de bœuf par jour, en trochisques, mélangé à du chocolat. (*Journal für Kinderkrankheiten.*)

Chlorate de potasse (*Emploi du*) *en applications topiques*. Au moment où l'attention des médecins est tournée d'une manière toute particulière vers le chlorate de potasse, si remarquable pour les services qu'il rend dans la stomatite et dans la salivation mercurielle, il nous semble utile de faire connaître les faits dont M. Moore a entretenu récemment la Société médico-chirurgicale de Londres. Ces faits ont trait à l'application topique du chlorate de potasse, que ce médecin dit avoir employé avec succès en solution (6 gram. pour 12 à 500 gram d'eau), dans le cas d'ulcères indolents et phagédéniques, pour déterger les ulcères cancéreux, et en applications topiques sur la membrane muqueuse du nez, de la bouche et de la langue, dans le cas d'ozène et d'ulcération secondaire. Au sujet de cette communication, M. Mayo a rappelé que dans le cas d'ulcération syphilitique, Stanley donnait le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 1 gr. 25 toutes les quatre heures, et M. Hawkins a dit que, dans quelques cas d'ulcération phagédénique de la face, il avait fait usage avec grand succès de lotions avec le chlorate de potasse et la teinture de myrrhe; il a ajouté que le chlorate de potasse était un excellent désinfectant pour les plaies cancéreuses; la dose, suivant ce chirurgien, serait de 8 à 12 gram. pour 500 gram. en lotions. On se demande, à la suite de ces faits, si le chlorate de potasse ne pourrait pas être employé à l'intérieur comme topique, porté sur le pharynx et le larynx, dans le cas de maladie, et être introduit dans le rectum pour mettre à fin des dyssenteries rebelles.

Contractures *rhumatismales* (*Effets remarquables des inhalations de chloroforme dans les*). Nous sommes revenus à plusieurs reprises sur les services que peuvent rendre les inha-

lations de chloroforme dans certains cas de contracture. Nous trouvons dans un journal anglais plusieurs faits du même genre, qui ne laissent aucun doute sur les avantages de cette médication, soit comme médication unique, soit comme moyen de permettre l'extension des membres maintenus, par la contracture ou par la roideur articulaire, dans des positions vicieuses. Dans les cinq cas rapportés par M. Erichsen, la maladie reconnaissait pour cause une ancienne inflammation chronique de l'articulation du genou; la jambe était fléchie sur la cuisse, à divers degrés, depuis l'angle droit jusqu'à un angle plus ou moins aigu; les malades ne pouvaient mettre le pied par terre ni s'en servir pour la progression. M. Erichsen chercha à profiter, dans tous ces cas, de l'insensibilité produite par la vapeur de chloroforme pour étendre les membres malades, pendant le sommeil anesthésique; et l'on va voir, par les quelques détails que nous allons donner sur chacun de ces cas, qu'il n'a pas eu à s'en repentir.

Dans le premier cas, chez une jeune femme de vingt-deux ans, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, avait consorvé une contracture rhumatismale du genou gauche, telle que ce membre était fléchi à angle droit, avec une douleur excessive au moindre mouvement imprimé au membre, M. Erichsen réussit à étendre le membre pendant le sommeil anesthésique. Il fut placé dans un appareil convenable; des sangsues furent posées sur l'articulation, pour achever de faire tomber l'inflammation, et la malade fut soumise à un traitement mercuriel léger. Plus tard, l'articulation a été enveloppée, ainsi que le membre inférieur, dans un bandage amidonné, qui a été conservé plusieurs semaines sans aucune douleur. — Dans le second cas, chez un homme de vingt trois ans, contracture du membre inférieur à angle droit, datant de huit mois et consécutive à l'inflammation chronique de l'articulation du genou. Peu ou point de douleurs, mais des mouvements très-limités, deux pouces au plus. Le membre fut étendu pendant le sommeil anesthésique, et l'extension fut accompagnée de craquements, comme s'il y avait eu des arrachements ou des déchirures dans les ligaments. Il n'y eut aucun phénomène inflammatoire, et dix jours après le malade quittait l'hôpital, portant un bandage amidonné. — Dans le troisième cas, chez une femme de trente ans, ankylose presque complète du genou gauche, depuis neuf mois, suite de rhumatisme: à peine de la mobilité dans l'articulation; pas de sensibilité ni de douleur. Le membre fut étendu de force pendant la chloroformisation; il y eut aussi des craquements résultant de la déchirure de vieilles adhérences, et une assez vive inflammation, qui fut cependant arrêtée assez facilement par des applications de compresses trempées dans l'éther. Application d'un bandage dextriné; la malade quitta l'hôpital en très-bon état. Le quatrième cas est plus intéressant encore, en ce que la contracture rhumatismale avait son siége non-seulement au membre inférieur, mais encore à l'avant-bras et à la main, également fléchis et maintenus dans une flexion forcée depuis deux ans, et en ce que M. Erichsen pensait être obligé de couper les tendons des membres contracturés. Ce fait a eu une terminaison favorable comme les précédents. Enfin, dans la cinquième cas, ankylose du genou gauche chez une femme de trente-deux ans. Cette ankylose datait de seize ans, et pendant tout cet intervalle, la malade n'avait pu poser une seule fois son pied par terre; le membre était très-amaigri, les tendons fortement tendus. M. Erichsen ayant endormi la malade divisa ces tendons et étendit ensuite le membre, en déchirant des adhérences anciennes au pourtour de l'articulation et dans son intérieur. Il ne survint aucune inflammation, et le membre est aujourd'hui de la même longueur que l'autre. La malade a porté, comme les précédents, un bandage amidonné. — Nous appelons l'attention sur les applications de compresses trempées dans l'éther, comme moyen de calmer la douleur et de prévenir l'inflammation; ces applications nous paraissent susceptibles de rendre des services dans beaucoup d'autres circonstances que celles dans lesquelles M. Erichsen y a eu recours. (*The Lancet*, août.)

Hémorrhagie de la luette (*Observation d'*). Cet accident a été constaté dans trois cas par M. le docteur Smith, de Varsovie, et dans ces trois cas sur des ouvriers d'une filature de coton, l'un âgé de quatorze ans, un autre de vingt, et un troisième de trente-deux ans. Les deux premiers malades sont accourus tout effrayés d'être pris d'un crachement de sang rouge noirâtre, qui était survenu pendant leur repas. Ils se plaignaient, quelque temps avant cette hémorrha-

gie, d'une légère difficulté de déglutition et d'une gêne dans l'arrière-bouche. L'examen de la bouche, surtout chez le jeune garçon de quatorze ans, montra la luette un peu saignante, allongée, sa pointe reposant sur la base de la langue et couverte des débris d'une membrane bleu noirâtre. Quelques gargarismes vinaigrés ramenèrent la luette à son état naturel. Dans le troisième cas, M. Smith put suivre beaucoup mieux le développement de cette maladie singulière, le malade s'étant présenté dès qu'il eut ressenti un certain embarras dans l'arrière-gorge, accompagné d'une légère difficulté dans la déglutition. La luette était allongée, gonflée, rosée à la pointe, reposant un peu sur la base de la langue et présentant une petite tumeur bleuâtre à la pointe. Le second jour, le gonflement de la luette était plus considérable, la tumeur plus forte, d'une couleur bleu foncée, remontant vers le milieu de cet organe; elle paraissait un peu bosselée et remplie davantage de sang noir. Le troisième jour, la luette reposait complétement sur la base de la langue; elle était fortement gonflée et portait une tumeur vésiculaire bleu foncé, bosselée, de la grosseur d'une noisette et remplie de sang noir. On distinguait parfaitement, vers le milieu de la luette, une démarcation très-nette entre la partie malade et la partie saine; en même temps, plus grande gêne dans la deglutition et dans la respiration. En grattant légèrement la tumeur avec une spatule, il s'écoula une petite quantité de sang rouge noirâtre épais: quelques gargarismes vinaigrés ramirent la luette dans son état naturel. Tous ces malades n'avaient mangé aucun aliment chaud; il n'y avait, de plus, aucune trace d'inflammation dans le voisinage de la luette. (*Journal des Conn. méd.-chir.*, octobre.)

Kératite pustuleuse (*De l'emploi de la cautérisation dans la*). Doit-on employer la cautérisation dans la forme aiguë de la kératite pustuleuse, c'est-à-dire dans celle qui s'accompagne d'une conjonctivite plus ou moins intense et très-souvent de photophobie? Doit-on cautériser lorsque les muscles des paupières sont spasmodiquement contractés, lorsque l'examen de l'œil est difficile ou impossible, lorsque des larmes abondantes s'écoulent et s'échappent à flots dès qu'on cherche à écarter les paupières? Telle est l'opinion de M. Bouchacourt, développée dans la thèse d'un de ses élèves, M. Viguier, qui dit avoir été témoin de succès vraiment remarquables et qui donne même comme indication formelle d'avoir recours à la cautérisation, d'autant plus que la conjonctivite est plus intense, le spasme des paupières et la photophobie plus prononcés. M. Viguier nous indique en outre le procédé suivi par M. Bouchacourt, dans les cas où l'indocilité des petits malades et la crainte de la douleur rendent très-difficile et souvent même impossible de découvrir la cornée. L'enfant étant couché sur son lit, sa tête et ses mains fixés par un aide, un second aide soulève avec l'index la paupière supérieure et fait basculer légèrement le cartilage tarse; le chirurgien en fait autant sur la paupière inférieure; de cette façon, on produit un léger écartement, qui met à découvert une partie de la muqueuse palpébrale supérieure et inférieure, et c'est dans cet intervalle qu'on promène rapidement le crayon d'azotate d'argent. Les parties blanchissent et sont immédiatement abandonnées à elles-mêmes; elles retournent en place et les mouvements que le globe de l'œil exécute étendent sur la cornée l'influence du caustique.

M. Viguier rapporte, à l'appui de cette pratique, deux faits. Le premier est celui d'un enfant de huit ans, d'une constitution scrufuleuse, atteint depuis deux jours d'une ophthalmie très-violente, qui le privait de sommeil, lui arrachait des cris et le faisait se tenir constamment sous ses couvertures. Impossible de voir la cornée; mais le gonflement et l'œdème des paupières, dont la supérieure recouvrait en partie l'inférieure, la contraction spasmodique des muscles palpébraux, l'excoriation des angles externes, l'écoulement de flots de larmes mêlés à quelques gouttes de sang, la rougeur et le boursoufflement de la conjonctive, dénutaient une violente inflammation. Les moyens les plus variés avaient été employés sans succès. M. Bouchacourt n'hésita pas à cautériser assez fortement avec le crayon de nitrate d'argent. Les douleurs se prolongèrent au moins pendant deux heures, malgré des applications froides continuées. Nouvelle cautérisation le lendemain et le quatrième jour; purgatif dans l'intervalle. Le quatrième jour, l'enfant a dormi toute la nuit, et le sixième jour, au moment de la visite, le malade était assis dans son lit et entr'ouvrait les yeux, dont le

gonflement avait presque entièrement disparu. Il existait sur le tiers externe de la cornée deux taches opaques, petites, rondes, qui avaient évidemment succédé à deux pustules ulcérées. L'amélioration marcha à grands pas, et quinze jours après le malade quittait l'hôpital, dans un état des plus satisfaisants. Dans le second cas, l'ophthalmie était moins grave; aussi, dès la première cautérisation, amendement des plus remarquables, et une seconde suffit pour mener à bien la maladie. (*Thèses de Paris*, 1855.)

Maisons *récemment bâties; moyens de juger jusqu'à quel point elles sont assez sèches pour être habitées impunément.* Tel est l'important problème que M. le docteur Marc d'Espine, médecin des prisons de Genève, vient d'être appelé à trancher. Au moment où de nombreuses constructions s'élèvent de toutes parts, nous croyons devoir consigner ici les conclusions suivantes, qui terminent le rapport de ce savant médecin :

Pour savoir si une maison récemment bâtie est assez sèche pour être habitée sans danger pour la santé de ceux qui doivent y entrer, il faut procéder de la manière suivante :

1° Choisir dans la maison neuve un certain nombre de chambres, depuis celles qu'on suppose devoir être les plus humides jusqu'à celles qu'on croit les plus sèches.

2° Choisir aux alentours un certain nombre d'appartements habités depuis assez longtemps pour qu'on puisse juger, par l'état de santé de ceux qui y vivent, de leur degré de salubrité. Parmi ces derniers, il est utile d'établir une gradation depuis des appartements parfaitement aérés, secs, salubres, jusqu'à des logements crus mal aérés, et assez humides pour que les habitants s'en soient ressentis.

3° Lorsque l'on a fait choix d'une vingtaine ou plus de chambres, tant dans la maison qu'au dehors, il faut remplir autant de bocaux de même forme, et offrant des ouvertures dont les aires sont parfaitement égales, avec de la chaux vive récemment cuite, de la même fournée, ou avec de l'acide sulfurique du commerce. La quantité de 500 grammes par bocal est parfaitement suffisante, qu'on emploie la chaux ou l'acide sulfurique; seulement, il faut que le produit chimique choisi soit pesé au moyen d'une balance bien exacte.

4° A mesure que les doses sont pesées et les bocaux chargés, ceux-ci doivent être portés et déposés au milieu de chaque chambre choisie par divers commissaires, lesquels ont soin, en sortant de chaque chambre, de fermer les fenêtres, cheminées et portes.

Pour les chambres dans lesquelles on se proposerait de mettre des lits contre les parois, il faudrait placer les bocaux d'expérience contre ces parois.

5° Vingt-quatre heures après que le premier bocal a été déposé, il faut procéder à la levée successive des bocaux, qui sont rapportés les uns après les autres, et selon l'ordre dans lequel ils ont été déposés, dans le lieu où le premier pesage a été fait. On procède alors au deuxième pesage des bocaux, à mesure qu'ils arrivent, et l'on inscrit pour chaque bocal, avec le nom de la chambre où il a séjourné, le poids initial et le poids au bout de vingt-quatre heures.

L'expérience est alors terminée. En parcourant les chiffres obtenus, on trouve que tous les bocaux ont augmenté de poids, et en comparant l'augmentation des bocaux de la maison neuve à celle des bocaux qui viennent des diverses chambres habitées et plus ou moins salubres, on juge très-vite si une partie ou la totalité des chambres de la maison neuve sont assez sèches pour être habitées sans danger. Si le résultat n'est pas satisfaisant, on attend un ou plusieurs mois, pendant lesquels on chauffe et l'on aère suffisamment la maison, puis on fait une nouvelle expérience. (*Ann. d'hygiène pub. et de médecine légale*, 1855.)

Névralgies dentaires (*Emploi de l'herbe-au-chat dans les*). M. le professeur Dieudonné donne, comme remède populaire en Russie, l'emploi du *nepeta cataria*, herbe-au-chat. On prend dans la bouche quelques feuilles de cette plante, et on les mâche. Il en résulte aussitôt une sécrétion très-abondante de la salive, à la suite de laquelle les douleurs de dents disparaissent très-rapidement. (*Med. zeit. Russl.*, et *Journ. de méd.* de Bruxelles, 1855.)

Ophthalmie *causée par la projection de la chaux éteinte dans l'œil* (*Effets remarquables de l'emploi du sucre en collyre dans l'*). Dans un mémoire intéressant, communiqué il y a quelque temps à l'Académie de médecine, M. Gosselin appelait l'attention sur des expériences qu'il avait faites

chez des animaux, dans le but de constater les effets produits par la projection de la chaux éteinte et délayée ou lait de chaux dans l'œil, et les expériences qu'il avait faites, l'opacité une fois produite, pour la faire disparaître au moyen de réactifs chimiques. Ayant plongé la cornée devenue opaque dans une solution d'acide chlorhydrique, d'acide acétique et d'eau sucrée, il avait vu, après une immersion de quelques minutes dans les deux premiers de ces liquides, d'environ une heure dans le dernier, la cornée reprendre la plus grande partie de sa transparence, et, par une contre-épreuve, il s'était assuré, au moyen de l'analyse chimique, que cette opacité de la cornée tenait non pas à une exsudation fibrineuse, mais bien à l'infiltration des molécules de chaux dans les mailles de la cornée et de la combinaison de ces corps étrangers avec son tissu.

Toutes ces expériences avaient pour point de départ un malade chez lequel de l'eau de chaux, qui était tombée dans l'œil gauche, avait déterminé une opacité de toute la cornée. Il n'y avait eu d'ailleurs, au moment de l'accident, ni une très-vive douleur ni même un sentiment de brûlure, mais seulement une très-grande gêne. Douze minutes après, la cornée était complétement blanche et opaque dans toute son étendue. Pas d'autre accident à la suite qu'un boursouflement œdémateux de la conjonctive oculaire. Une saignée et des douches oculaires toutes les deux ou trois heures, tel fut à peu près le traitement dans les trois premiers jours. Mais le quatrième jour, tout en continuant la douche oculaire, M. Gosselin prescrivit de plus un collyre formé d'eau distillée très-sucrée, dont on versa quelques gouttes dans l'œil toutes les deux heures. Deux jours après, l'opacité avait diminué, la cornée était moins blanche, mais on ne voyait pas encore la pupille ; le chémosis œdémateux persistait, et il s'y ajoutait encore çà et là des ecchymoses. Neuf jours après cet examen, la cornée s'était éclaircie au point de permettre de voir la pupille et la face antérieure de l'iris ; cependant le malade ne distinguait encore aucun objet. Peu de douleur, point de suppuration, mais larmoiement assez abondant ; impossibilité de relever la paupière, à cause du chémosis. Quatre jours après, la conjonctive étant un peu plus rouge, on appliqua 12 sangsues derrière l'oreille; mais cette application n'eut pas grand résultat. Huit jours après, l'état de l'œil s'était peu modifié : très-peu de douleur, pas de suppuration, mais chémosis ; la cornée continuait à s'éclaircir. Quatre autres jours après, vision meilleure, l'œil s'ouvre mieux, la cornée s'éclaircit encore. La conjonctive restant rouge, une nouvelle application de sangsues fut faite au-devant de l'oreille, quinze autres jours après. Huit jours s'écoulèrent encore; l'œil s'ouvrait de mieux en mieux ; la conjonctive était moins rouge, mais épaissie et vascularisée tout autour de la cornée, notamment sur son bord externe, sur lequel elle se prolongeait même un peu ; on commençait à remarquer deux brides, l'une supérieure, l'autre inférieure, qui paraissaient formées exclusivement par la conjonctive. Une semaine après, le malade quittait l'hôpital ; il restait très-peu de rougeur de la conjonctive ; pas de larmoiement, de souffrance ni de gêne ; l'œil n'était pas tout à fait aussi ouvert que l'autre, cornée légèrement trouble par places, mais à travers laquelle on apercevait cependant l'iris et la pupille ; le malade ne pouvait encore lire avec des caractères fins. M. Gosselin l'a revu huit jours après sa sortie; son état continuait à être le même.

Nous avons publié avec quelques détails ce fait intéressant, parce qu'il nous paraît jeter un jour nouveau sur la production de certaines opacités de la cornée, et aussi parce que la médecine a emprunté à la chimie une de ses applications les plus utiles. L'idée de l'emploi du sucre comme collyre, dans le cas de M. Gosselin, appartient sans doute à M. Bussy, mais notre savant confrère a le mérite d'avoir compris la possibilité de faire disparaître cette opacité en employant des agents chimiques destinés à la dissoudre. (*Archives de méd.*, novembre.)

Paralysie *du nerf moteur oculaire commun. Du traitement qui lui convient, suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique.* Il en est de la paralysie de ce nerf comme de toutes les paralysies en général ; le phénomène *paralysie* n'entraîne avec lui aucune indication thérapeutique rationnelle. Il faut toujours remonter à son origine. Ce n'est qu'après en avoir reconnu les causes, ou au moins après en avoir déterminé la nature, c'est-à-dire si elle est essentielle ou symptomatique; si elle est le résultat d'une affection spéciale et localisée du nerf, d'une

compression mécanique sur l'un des points de son trajet, ou d'un état inflammatoire ou congestif de son point d'origine dans l'encéphale; ou d'une lésion plus ou moins étendue de cet organe lui même, qu'on peut formuler les indications thérapeutiques et régler l'emploi des moyens curatifs qu'il convient de leur opposer. L'exemple suivant, emprunté à la clinique de M. le professeur Jobert de Lamballe, par M. Dolbeau, montre une application heureuse de ce précepte, que les praticiens ne doivent jamais perdre de vue.

Obs. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, chez laquelle la paralysie s'est montrée à la suite d'une impression de froid répétée. Depuis un an, elle occupe un logement dans lequel son lit est placé vis-à-vis d'une porte qui ferme mal et laisse un courant d'air qui vient frapper le côté gauche du visage quand elle y est couchée. Deux mois après, elle accouche dans ce logement, et cinq ou six fois un gonflement se manifeste dans le côté gauche de la face. Enfin, environ huit mois après, elle est prise tout à coup, pendant la nuit, de douleurs violentes dans toute la portion gauche de la tête; elles se renouvelaient presque toutes les nuits et s'accompagnaient d'étourdissements et de vertiges. Après quinze jours de durée de ces accidents, la douleur s'exaspère tout à coup dans la nuit, et le lendemain, en se réveillant, elle s'aperçoit que l'œil gauche est fortement porté en dehors; la vue, du reste, n'était diminuée en aucune façon, quoique l'œil fût sensible à la lumière. Lorsque la malade entre à l'Hôtel-Dieu, la paupière recouvre le globe de l'œil et ne laisse à la partie inférieure qu'une fente d'environ 2 millimètres, faisant entrevoir la sclérotique; le sourcil est un peu abaissé; l'œil est sensible à la lumière, mais il ne présente pas d'injection notable; il est fortement dévié en dehors et porté en haut; les mouvements en haut, en bas et en dedans, sont impossibles. Rapportant cette paralysie du moteur oculaire commun à une inflammation du névrilème, malgré quelques phénomènes de chlorose survenus depuis sa dernière couche, et tenant compte de la photophobie, M. Jobert fit pratiquer deux saignées du bras dans les premiers jours, puis prescrivit huit ventouses scarifiées à la nuque et des sangsues à la tempe; enfin, un vésicatoire fut posé sur la région sourcillière. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration est survenue, la malade a pu relever sa paupière de façon à découvrir la moitié de la sclérotique. Les vésicatoires sont continués, et lorsqu'u tout symptôme d'irritation aura cessé, M. Jobert se propose de recourir à l'électricité. (*Arch. d'ophthalmologie,* août.)

VARIÉTÉS.

Les juges du concours pour les prix des internes sont MM. Louis, Léger, X. Richard, Broca, Michon; suppléants, MM. Legendre et Marjolin.

M. le docteur Dugast est nommé professeur adjoint de pathologie interne de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Gruère, démissionnaire.

Le docteur Landolfi, premier chirurgien des armées de S. M. le roi des Deux-Siciles, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur René Briau, le savant traducteur de Paul d'Egine, remplace M. Osanam comme bibliothécaire de l'Académie de médecine.

S. A. I. le prince Jérôme a nommé médecins par quartier, attachés à sa personne et à sa maison, les docteurs Laboulbène, Schnepf et Herr.

M. Gustave Dumont, depuis longtemps médecin adjoint de l'hospice des Quinze-Vingts, est nommé médecin en chef de cet établissement, en remplacement de M. Andrieux.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Un mot sur les exutoires.

Par le docteur Marrotte, médecin de la Pitié.

> At vero, una, quod dicitur experientia, plus profecto valet, quam centum acutissimæ rationes.
>
> (F. Hoffmann, *De Vesicantium et Fonticulorum circumspecto in medicina Usu.*)

Je ne viens pas rivaliser d'érudition, de talent et d'esprit avec les hommes éminents dont les discours ont rempli plusieurs séances de l'Académie de médecine. Je ne viens pas davantage explorer, dans toute son étendue, la question de la révulsion et de la dérivation : il me faudrait, pour cela, reproduire avec les modifications et les développements que comporte une expérience plus vieille de dix années, un Mémoire publié en 1846 (Journal de médecine de Trousseau, numéros de juin, juillet et août), c'est-à-dire déterminer l'objet de la révulsion, l'élément morbide qu'elle est destinée à combattre, et exposer les lois qui règlent son emploi. Il me faudrait aussi rappeler les rapports qu'ont avec cette question les éléments morbides, la spécificité des maladies, les diathèses. Aussi, me bornant à un rôle plus modeste, me contenterai-je de dire quelques mots sur ceux des agents affluxifs qui sont spécialement désignés sous le nom d'exutoires, heureux si mes réflexions portent le cachet de la saine observation et du bon sens.

§. Les exutoires, *fonticuli*, ont pour effet d'entretenir à la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané une suppuration plus ou moins abondante.

Ils ont donc pour caractères :

1° De constituer une médication chronique;

2° D'entretenir un point d'irritation et de fluxion locale;

3° D'être assimilables à un organe sécréteur, c'est-à-dire d'éliminer tous les jours une certaine quantité de substance organique, rarement assez considérable pour épuiser l'économie tout entière ; mais suffisante pour affamer les capillaires, selon l'expression de notre collègue Pidoux, et exercer ainsi une action atrophique sur les parties voisines.

Les anciens auteurs attribuaient encore aux exutoires une vertu dépurative : « Ulcus nimirum cuti variis modis artificiose inductum, « quo per istud diutius apertum noxius in sanitatis tutelam effluat

« humor. » (F. Hoffmann, *loco citato*.) Mais cette vertu dépurative ne se développant qu'au contact de la maladie n'est pas, à proprement parler, un des attributs de leur action physiologique.

§. Les exutoires ont-ils guéri certaines affections chroniques? Lorsqu'il y avait des indications multiples, ont-ils rempli celle à laquelle ils étaient destinés? ont-ils combattu l'élément fluxionnaire, le seul contre lequel ils aient une puissance réelle?

Le fait de guérisons obtenues à l'aide des exutoires me paraît incontestable; les fastes de la science contiennent des exemples nombreux de maladies qui se sont améliorées, puis complétement guéries sous leur influence et dans un court espace de temps, après avoir résisté aux moyens les plus variés et les plus actifs.

J'ai vu des faits semblables, et plus d'un médecin de notre époque pourrait citer des succès aussi probants.

Ces guérisons rapides, succédant à l'emploi d'un agent thérapeutique, contrastent tellement avec la ténacité connue de la maladie et avec l'inefficacité éprouvée des autres médications, qu'elles emportent la conviction lors même que la proportion des succès n'est pas dominante. Dans les cas de ce genre, l'infériorité numérique n'est pas une preuve aussi convaincante que le prétend la statistique. Les hommes doués d'expérience et de tact médical en concluent seulement que les indications de la médication sont rares, ou bien difficiles à saisir, ou bien qu'il y avait en même temps d'autres indications à remplir; ils sont conduits ainsi, non pas à rejeter la médication, mais à démêler l'élément morbide qu'elle peut modifier; à déterminer les conditions de son efficacité, et à satisfaire, dans l'ordre de leur importance, aux indications multiples qui se présentent.

§. En recherchant les conditions dans lesquelles les exutoires sont employés avec succès, on rencontre une première série de faits, composée d'affections chroniques ayant les caractères d'un mal local et idiopathique, qu'elles aient eu ces caractères dès l'origine ou qu'elles les aient acquis par la suite, ainsi que cela s'observe de temps en temps pour celles qui sont l'épiphénomène ou le reliquat d'une autre maladie.

Les faits de cette catégorie fourmillent dans les auteurs, et tous les organes en fournissent des exemples. Ce sont des maladies de la tête, des yeux, des oreilles, de la poitrine, du ventre; ce sont des névralgies rebelles, et parmi elles figure la sciatique. Qui ne connaît la guérison que Scultet a obtenu sur lui-même, par l'application d'un exutoire placé entre les deux faisceaux des gastro-cnémiens? Aussi n'hé-

sitons-nous pas à dire avec lui : « Quare, si in futurum in tali cru-« ciatu ischiadis diuturno, tam interna quam externa remedia sine « successu usurpa fuerint, meo consilio et bona spe salutis, ad hanc « chirurgiam tanquam sacram anchoram confugiant. » Il est facile de voir par cette citation que Scultet ne conseille pas les exutoires en vertu d'un engouement théorique, mais parce qu'il a éprouvé leur supériorité dans les cas réfractaires.

Comme exemple d'affection organique constituant un reliquat de maladie et devenant à son tour l'élément principal, celui qui tient les autres accidents morbides sous sa dépendance, je citerai les exemples si curieux que M. le docteur Em. Chauffard, d'Avignon, a consigné dans la Gazette hebdomadaire (nº 46, 1855), de fièvres intermittentes rebelles, guéries par l'application de larges cautères sur la région de la rate hypertrophiée. Ici, comme dans les exemples précédents, l'emploi des exutoires ne découle pas d'une idée préconçue ; c'est l'inutilité des médications usitées en pareil cas, sulfate de quinine, quinquina en substance, amers, ferrugineux ; c'est, dis-je, leur inutilité pour prévenir les retours de la fièvre, pour dissiper les engorgements de la rate et la cachexie, qui a provoqué une nouvelle analyse de la maladie, et les premiers essais de la médication dérivative. Les cas de guérison sont devenus si nombreux, si constants, que la statistique elle-même s'avouera convaincue. Qu'importent, en présence de pareils résultats, les échecs que pourra subir la théorie de la révulsion et de la dérivation ? L'état morbide que les exutoires guérissent, les conditions de leur efficacité sont déterminés par l'observation , le praticien en a la loi ; en faut-il davantage pour constituer la thérapeutique !

Il est une maladie dans laquelle la puissance des exutoires n'est pas aussi constante parce qu'elle est grave et détermine rapidement des lésions profondes; mais dans laquelle elle n'est pas moins réelle : je veux parler du ramollissement chronique du cerveau.

Lorsque les évacuations sanguines, les purgatifs, les mercuriaux, ont procuré toute l'amélioration qu'on pouvait en attendre ; lorsqu'on s'est convaincu qu'on ne pourrait les continuer sans épuiser l'organisme, et qu'ils sont impuissants à prévenir le retour des insultus inflammatoires qui entretiennent la maladie et la précipitent par secousses vers sa terminaison fatale, on retire de très-bons effets d'un séton à la nuque ; pour ma part, je lui dois bien certainement un certain nombre de guérisons durables, et, lorsque la mort a eu lieu, la marche de la maladie m'en a toujours paru enrayée. Je tiens cette pratique d'un maître dont la sagacité médicale était appréciée,

de feu M. Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui se louait beaucoup de ce moyen. Mon témoignage est d'autant moins suspect, qu'à l'époque où je fus pour la première fois témoin de l'emploi du séton, les enseignements de la médecine organique m'avaient peu préparé à croire à sa vertu curative.

Les maladies des autres organes fourniraient des succès analogues. Je connais un praticien éminent de Paris, qui place souvent des cautères sur l'hypochondre droit, dans les engorgements chroniques du foie, et les résultats de sa longue pratique n'ont fait qu'affermir ses convictions.

Les préjugés de notre époque contre les exutoires expliquent l'inexpérience de beaucoup de praticiens à leur égard, et, comme conséquence, le petit nombre de preuves que l'on apporte aujourd'hui en leur faveur. Quant à moi, plus j'en étudie l'action, plus j'apprends à m'en servir, plus je reste convaincu qu'en les repoussant aujourd'hui on donne dans un excès aussi blâmable que celui des praticiens des siècles derniers, qui les prodiguaient quelquefois outre mesure.

Dans la catégorie de faits que je viens de passer en revue, l'action des exutoires paraît purement dérivative. Ils déterminent, à une distance plus ou moins rapprochée de l'organe malade, une fluxion thérapeutique qui tend à contre-balancer, et par suite à annihiler la fluxion pathologique, en même temps qu'ils donnent lieu à une déperdition organique qui hâte la résorption des produits plastiques.

§. Leur action me paraît plus complexe et même d'une autre nature dans la série de faits que nous allons examiner.

Les médecins des siècles derniers regardaient certaines maladies comme des fonctions accidentelles, destinées à débarrasser l'économie d'humeurs en excès ou de mauvaise nature, et les affections qu'elles déterminaient sur la peau et sur les muqueuses, comme des émonctoires destinés à donner issue à ces humeurs dépravées.

Cette théorie choque nos idées modernes ; mais elle doit faire réfléchir les esprits sérieux, parce qu'en dernière analyse elle est l'expression de faits réels que l'observateur peut vérifier chaque jour.

« Abunde hoc testatum faciunt obviæ subinde in externis corporis « partibus ulcerationes, et facti per cas impuri et morbifici humo- « ris fluxus, quibus succedentibus, corpus sanum est et integrum, « ressicatis autem et cohibitis, illicò graves et ancipites patitur mor- « bosas passiones. »

Pendant les premières années de ma pratique médicale, j'ai cru ces faits inexacts et observés à travers le prisme des théories humo-

rales ; mais l'expérience m'a bientôt appris que, dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, il y avait, dans les maîtres de l'art, deux choses qu'il fallait distinguer avec soin, les explications théoriques, qui peuvent être fausses ou incomplètes, et les faits marqués au cachet de l'observation, qui constituent les richesses de la tradition. Parmi ces manifestations d'états morbides généraux, les unes se lient à l'évolution organique des âges : tels sont les gourmes, les ophthalmies, les catarrhes, les diarrhées, que l'on observe chez les enfants lymphatiques ; tels sont encore les accidents que l'on observe, à l'âge de retour, chez ceux dont l'enfance a été maladive et chez lesquels l'âge viril n'a fait qu'enrayer la marche de la diathèse ; telles sont encore les manifestations tardives des diathèses goutteuses et dartreuses.

C'est encore l'expérience qui m'a convaincu des services que les exutoires peuvent rendre dans ces circonstances ; c'est pour avoir vu guérir, sous leur influence, des affections rebelles à tous les autres moyens que je les ai recommandés à mon tour.

Dans les premiers temps, les exutoires ont été pour moi un moyen empirique que j'employais en désespoir de cause ; mais, plus d'une fois aussi, la leçon m'a été donnée par les malades ou par leurs parents, qui mettaient un vésicatoire à demeure ou un cautère sans mon avis, ou malgré mon avis contraire. Les parents des enfants complétaient quelquefois l'enseignement, en ajoutant qu'eux-mêmes avaient été atteints d'affections semblables, et n'en avaient été débarrassés que par les mêmes moyens.

Depuis lors, en relisant les auteurs anciens, je me suis convaincu qu'ils avaient montré plus de sagacité que moi, puisque leur pratique n'avait pas été dirigée, dans ses premiers pas, par l'empirisme seul, et qu'en appliquant des exutoires, ils s'étaient proposé d'imiter la nature. « Nobis quoque plures cogniti sunt casus, quod « ulcera pedum, præsertim in scorbuticis et senibus corporibus, « aliquandiu manantia, asthma spasmodicum, motus convulsivos, « dolores ischiadicos, arthriticos diu infestantes, feliciter discusse- « rint et quod eadem mala, consolidatis exulcerationibus, longa « graviori quam antea insultu repetierint. » (F. Hoffmann, *loc. cit.*)

Plus d'une fois Lugol m'a dit qu'il ne se hâtait pas de guérir certains ulcères scrofuleux, parce qu'il avait remarqué que la santé générale était meilleure depuis qu'ils donnaient un pus abondant et louable ; et l'expérience lui avait appris l'utilité d'un exutoire, chez ces malades, lorsque la suppuration des ulcères était tarie. Une tumeur blanche n'a-t-elle pas joué plus d'une fois le rôle d'un cau-

tère, relativement à la phthisie qui se développait après une amputation, c'est-à-dire après qu'on avait enlevé la lésion dérivative?

On conclurait à tort de ce qui précède que je conseille les exutoires chez tous les gens que l'on peut croire menacés d'une maladie diathésique, chez tous les enfants qui ont des ophthalmies, des catarrhes, etc. Il faut évidemment être conduit à cette pratique par ces phénomènes variés, par cet état valétudinaire dont j'ai parlé; par l'inutilité des autres moyens rationnels; par ces mille raisons, enfin, puisées à toutes les sources du diagnostic, qui dirigent la conduite des médecins intelligents.

Lorsque j'ai cherché la loi de ces guérisons pour échapper au joug de l'empirisme, il m'a semblé que l'action des exutoires avait une explication satisfaisante, c'est-à-dire capable d'inspirer une pratique rationnelle.

Un fait qu'il ne faut pas oublier dans leur appréciation, parce qu'il est capital, c'est qu'ils sont impuissants à détruire les états morbides généraux, les diathèses, source première de ces affections locales chroniques. En revanche, ils peuvent deux choses : 1° faire cesser en quelque sorte leur période prodromique, en leur créant de toutes pièces une localisation ; 2° diriger, fixer sur un point de la peau les tendances localisatrices qu'elles ont déjà manifestées.

Voilà pourquoi l'application d'un exutoire fait cesser des symptômes variés et un état valétudinaire qui dataient de plusieurs mois ou de plusieurs années et qui auraient pu durer encore longtemps, c'est-à-dire jusqu'à ce que la diathèse eût spontanément choisi un siége. Ainsi s'expliquent la disparition de gourmes, d'ophthalmies, de catarrhes pulmonaires, de diarrhées qui sont sous la dépendance de la même cause diathésique, et fatiguent les enfants par leurs invasions répétées, tantôt sur le même organe, tantôt sur des organes différents. Si je ne craignais de dépasser les bornes d'un article de journal, je rapporterais quelques exemples qui concordent de tous points avec ceux des auteurs.

On reconnaît habituellement que les exutoires remplissent l'office auquel on les a destinés, à la suppuration abondante et facile qu'ils fournissent. Il n'est pas rare de voir celle-ci augmenter par moments d'une manière inaccoutumée; il se fait un véritable mouvement fluxionnaire vers le fonticule, et cela aux époques et dans les conditions où apparaissaient les ophthalmies, les catarrhes pulmonaires, les diarrhées, etc. Nos prédécesseurs étaient-ils donc si ridicules en attribuant une vertu dépurative aux suppurations artificielles, en présence de faits semblables ?

Au point de vue que j'examine en ce moment, les services rendus par les fonticules ne sont donc pas à dédaigner ; car si les affections de la peau sont habituellement sans danger, il n'en est pas de même des affections diathésiques qui se fixent sur un organe à fonctions importantes, tels que l'œil, les bronches, le canal digestif.

Ici encore le médecin imite la nature ; l'histoire des maladies apprend que les diathèses finissent tôt ou tard par déterminer une ou plusieurs affections locales ; que l'apparition de ces affections locales fait souvent cesser des troubles que l'on n'avait su à quoi rattacher : cela s'observe assez souvent pour la goutte. Elle apprend encore que certaines causes physiologiques ou pathologiques en déterminent le siége. Les cancers du sein, de l'estomac, du rectum, en offrent des exemples. Une contusion n'a-t-elle pas souvent déterminé vers une articulation l'explosion de la diathèse scrofuleuse ? Et si nous prenons un exemple dans les maladies aiguës, qui n'a pas vu les pustules de la variole discrète être confluentes sur la surface d'un vésicatoire récemment séché ou autour d'une écorchure ?

Lorsque les diathèses ont envahi un organe ou une région, au moment où l'on place les exutoires ils sont utiles à un double titre : ils exercent en même temps sur l'affection locale diathésique l'action dérivative que nous leur avons reconnue sur les maladies locales idiopathiques.

§. La puissance des exutoires n'est pas absolue et constante ; elle ne s'exerce ni sur tous les individus ni sur toutes les diathèses. On a fait depuis longtemps la remarque qu'ils étaient surtout utiles chez les sujets à texture molle et lymphatique, chez les scrofuleux, contre les diathèses qui déterminent des affections sécrétantes. Je ne puis qu'effleurer ce sujet.

Lorsque les diathèses manifestent leur existence par de fortes poussées, que j'appellerai volontiers confluentes, tant est grande leur tendance à se multiplier et à s'étendre, les exutoires sont inutiles ; la fluxion locale qu'ils déterminent est absorbée par la fluxion générale et devient tout au plus l'occasion d'une localisation nouvelle. Cette loi s'applique à tous les agents de révulsion, qu'ils aient une action aiguë ou chronique. Dans le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, si la fièvre est intense, si la plupart des articulations sont prises ; si le péricarde, une des plèvres ou le poumon sont pris également ; si, en un mot, le rhumatisme est confluent, les affluxifs appliqués sur une ou plusieurs de ces localisations ne révulseront pas les autres. Il n'en est plus de même quand il y a métastase : la révulsion a lieu tant que la maladie n'a pas pris droit de domicile, dans son

nouveau siége, par la production d'altérations plastiques considérables; encore, dans ce dernier cas, les révulsifs seront-ils un adjuvant puissant de la médication topique.

Si la fluxion diathésique est modérée, si elle est locale, si surtout elle est mobile, c'est-à-dire si elle envahit tantôt un point, tantôt un autre, l'action fixe et durable des exutoires retrouve sa supériorité.

Une autre condition est nécessaire pour que les fonticules déplacent une fluxion pathologique : il faut que celle-ci ne soit pas elle-même entretenue par une cause locale inamovible, qui lui donne la même fixité qu'à la fluxion thérapeutique. C'est le rôle que jouent les produits organiques, inattaquables par l'absorption, ou dont la résolution est tellement douteuse qu'elle peut être regardée comme impossible. La fluxion artificielle, entretenue à la peau, ne peut évidemment rien contre le tubercule, le cancer, le tissu fibro-plastique; elle ne peut éliminer une esquille, un calcul, qui sont de véritables pois à cautère. Enfin, les tissus malades ont quelquefois subi une désorganisation trop grande ou, au contraire, une organisation trop avancée, qui, pour être de nature moins réfractaire que celle des lésions précédentes, l'est cependant assez pour ne pas céder à l'action indirecte des exutoires, et pour exiger un traitement local.

Enfin, pour juger avec équité l'action des sétons et des cautères, il ne faut pas leur demander de réparer les faits accomplis : ils ne guériront pas une hernie de l'iris; ils n'empêcheront pas la formation d'une cicatrice régulière ou vicieuse. « Pariter Hildanus (cent. I, « obs. 41)... notabilem affert observationem de puella quæ præ de- « fluxione et inflammatione oculorum visum plane amiserat, seta- « cei autem beneficio, videndi facultatem in eo oculo, ubi tunicæ « nondum exesæ et corruptæ erant, recepit. »

§. Après cette esquisse sommaire des principales indications et contre-indications des exutoires, il nous reste à résoudre une question non moins importante. Combien de temps faut-il les garder? Y en a-t-il que l'on doive et que l'on puisse supprimer? Y en a-t-il que l'on doive porter un temps indéterminé, et même toute la vie?

Les distinctions que nous avons établies plus haut nous permettront, je crois, d'y répondre d'une manière satisfaisante.

Lorsque l'affection chronique contre laquelle ont été dirigés les exutoires est locale et idiopathique, qu'elle a toute sa raison d'être en elle-même et dans le lieu qu'elle occupe, il est évident que la dérivation doit être suspendue dès que l'organe malade a récupéré son état normal.

Si l'affection locale est entretenue par une diathèse, les exutoires doivent être conservés jusqu'à ce que celle-ci soit épuisée. En agissant autrement on court le risque de voir reparaître une des localisations que l'on avait déplacées, parce qu'elles étaient fatigantes ou dangereuses. Les exemples de ces récidives fourmillent dans les auteurs et j'en ai vu moi-même.

Les états pathologiques généraux auxquels se rattachent un si grand nombre d'affections de l'enfance et de la jeunesse, étant souvent liés à l'évolution organique dans leur activité et dans leurs manifestations et perdant habituellement cette activité et ce besoin de localisation lorsque le corps se constitue pour acquérir les attributs de la vitalité, des exutoires qui avaient été utiles ou nécessaires à un âge moins avancé peuvent être supprimés. Il est bon cependant de ne pas porter hâtivement un jugement favorable à cet égard, parce que l'âge mûr est quelquefois affligé par des maladies dont la parenté avec les maladies de l'enfance ou de la jeunesse est trop souvent méconnu. L'âge viril paralyse les diathèses plutôt qu'il ne les détruit complétement ; cela est si vrai qu'elles se transmettent par la génération, et que l'on est tout étonné d'entendre dire à des hommes vigoureux et dont la santé paraît intacte que leur jeunesse a été fatiguée par les maux qui fatiguent celle de leurs enfants. Je le répète, cependant, comme l'exagération en tout est le caractère des esprits étroits, il est possible, il est bon même de supprimer les exutoires chez les sujets qui prennent complétement le dessus, quitte à en placer de nouveaux, si les tendances pathologiques de la jeunesse se reproduisent.

Si le fonticule a été mis pour une affection développée dans l'âge mûr et lorsque la décadence de l'organisme commence, il est probable que le malade devra le conserver jusqu'à sa mort, à moins que la vieillesse confirmée ne vienne amortir les dispositions morbides par des raisons inverses à celles de l'âge viril. Ce n'est donc pas au remède, mais à la nature réfractaire du mal, à l'impuissance de la médecine qu'il faut s'en prendre de la nécessité où sont certains malades de conserver leurs sétons ou leurs cautères.

La suppression des exutoires est soumise, on le voit, aux mêmes règles que celle des autres agents thérapeutiques ; on ne les enlèvera que lorsque les circonstances qui les avaient indiqués auront cessé ; à moins que le malade ne préfère le mal au remède.

Si, toutes ces précautions prises, le mal récidive, on replace l'exutoire ; « indicatio a juvantibus et lædentibus. »

Les réflexions que je viens d'exposer d'une façon si imparfaite, si

incomplète, me paraissent pouvoir être résumées dans les conclusions suivantes :

1° Les exutoires constituent une médication chronique, qui ne doit être opposée qu'à des affections chroniques.

2° Leur action physiologique met en jeu les propriétés vitales communes des tissus sur lesquels ils sont appliqués ; elle n'a par conséquent rien de spécifique.

3° De là résulte cette conséquence, confirmée par l'expérience, que les exutoires ne peuvent rien sur les éléments spécifiques des maladies. Ils ne peuvent que diminuer, enrayer ou anéantir un de leurs éléments communs, et cet élément est la fluxion.

4° Leur action thérapeutique est indirecte, et s'exerce en vertu de l'axiome pathologique consacré par le père de la médecine : « Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, fortior ob« scurat alterum. »

5° Cette action thérapeutique est soumise aux lois générales de la révulsion et de la dérivation.

6° Les exutoires ne peuvent donc déplacer et guérir les fluxions produites et entretenues par une force plus puissante que la leur, et qui en reçoivent un caractère de généralité ; telles sont les localisations diathésiques confluentes.

7° Ils ne peuvent ni déplacer, ni guérir des fluxions pathologiques, entretenues par des conditions locales de nature réfractaire.

8° En leur qualité d'affluxifs, produisant une fluxion fixe, ils peuvent créer une localisation artificielle et anticipée à certaines diathèses, et faire cesser ainsi des troubles dus à l'imminence morbide.

9° Ils dirigent et fixent souvent avec avantage, sur un point de la peau où la fluxion est sans danger, les localisations de certaines diathèses, qui avaient pris pour lieu d'élection des organes importants.

10° Lorsque la fluxion est ou devient l'élément principal des affections chroniques, les exutoires peuvent suffire à la guérison.

11° Lorsqu'il y a plusieurs éléments morbides à combattre, l'indication qu'ils remplissent est soumise aux conditions d'importance, de simultanéité, de succession, qui régissent toutes les indications.

12° L'opportunité et la durée de leur emploi sont subordonnées à l'opportunité et à la durée de l'état pathologique contre lequel ils sont dirigés.

Études sur le lactate de zinc dans l'épilepsie (Fin) [1] ;

Par le docteur HERPIN (de Genève).

La principale difficulté qu'on rencontre dans l'application des méthodes positives aux études thérapeutiques se trouve dans les degrés divers de gravité qu'offrent à l'ordinaire les différents cas d'une même espèce morbide. Si, dans l'examen des effets d'un traitement, vous comptez *in globo*, si vous ne tenez compte que des résultats moyens, sans évaluer les chances de guérison que présentait chaque cas, vous vous préparez d'infaillibles déceptions : selon votre champ de pratique, selon la nature de la série qui a été le sujet de l'expérimentation, vous préconiserez un traitement sans valeur réelle ou vous déprécierez injustement une médication efficace. C'est le reproche qu'on a adressé à la méthode numérique appliquée au traitement des maladies, sans songer que cette méthode permet seule d'évaluer comme de compter exactement ; sans réfléchir que les jugements portés d'après des impressions et des souvenirs sont toujours faussés par les lacunes de la mémoire, par l'entraînement aux conclusions prématurées, et surtout par cette disposition de notre esprit à être frappé des faits qui concordent avec nos idées et à laisser échapper ceux qui les contredisent. Il suffit, au reste, pour convaincre d'impuissance ce dernier mode de jugement, d'énoncer les moyens propres à éviter l'écueil que nous signalions tout à l'heure.

Le premier de ces moyens consiste à rechercher, pour chaque espèce morbide, quelques critères propres à distinguer entre eux les cas dont les chances de curabilité sont différentes. Ces critères trouvés, toutes les fois qu'on étudiera les résultats d'une expérimentation thérapeutique, il faudra tenir un compte rigoureux du degré de gravité de chaque cas, et grouper, à ce point de vue, les faits en catégories qui n'aient rien d'arbitraire ; puis on comparera, pour chaque catégorie, les résultats obtenus avec ceux que donnent les cas semblables abandonnés à eux-mêmes ou traités par des moyens différents.

Sans entrer dans les détails d'exécution, on comprendra que ce travail, quoique difficile, n'est point inexécutable, et que c'est la seule manière de poser enfin la thérapeutique sur des bases solides, sans préjudice de la découverte de quelques spécifiques dont le hasard ou l'analogie dotent de loin en loin l'art médical, et qui, par leurs succès presque constants, dispensent de ces longues et minutieuses études.

---

[1] Voir le numéro du 15 août et celui du 15 octobre 1855, pag. 97 et 294.

L'expérimentation thérapeutique *in globo* a été, jusqu'à notre première publication sur l'épilepsie, le seul mode de procéder pour cette affection; et, au grand préjudice de son traitement, elle a été, de nos jours, sans qu'on en ait tenu compte, habituellement faite dans les conditions les plus fâcheuses, c'est-à-dire dans les hospices d'incurables. Convaincu par l'observation que le mal caduc offrait plus de chances de curabilité qu'on ne le croyait communément, frapppé de l'opposition qui régnait sur ce point entre la conviction de quelques médecins éminents du siècle dernier et l'opinion des autorités contemporaines les plus imposantes, j'ai recherché avec soin, dans l'analyse de faits nombreux, quelques règles sur le pronostic de ce terrible mal; et cette étude n'a point été stérile. J'ai trouvé, dans l'ancienneté de la maladie et le degré de fréquence des attaques, un moyen principal de reconnaître *à priori* (sous la réserve des épilepsies liées à une lésion organique) le degré probable de curabilité des différents cas. Cette règle, jointe à quelques autres d'une moindre importance, nous permettra de porter un jugement équitable sur le lactate de zinc, malgré les conditions très-défavorables, à plusieurs points de vue, dans lesquelles j'ai étudié ses effets thérapeutiques. De ces conditions, les unes m'ont été imposées, les autres ont été volontaires.

Dans les premières années de mes observations méthodiques sur l'épilepsie, les occasions d'expérimenter étaient rares, et je ne voyais que les cas qui se produisaient dans ma clientèle; je pratiquais, à ce point de vue, dans les conditions les plus favorables, puisque j'attaquais presque toujours le mal à son origine même. De là mes succès, de là mes découvertes. Plus tard, quand des familles reconnaissantes, avec un dévouement que je ne demandais pas, eurent fait connaître quelques-unes de mes guérisons, les cas se multiplièrent pour moi, mais dans des conditions différentes, c'est-à-dire avec une proportion de plus en plus grande de cas invétérés. Entraîné à quitter la pratique générale pour faire du traitement de l'épilepsie une spécialité, j'ai vu naturellement, surtout dans mes débuts à Paris, s'accroître toujours davantage la proportion des incurables, quoique l'estime de mes confrères me donne de temps en temps l'occasion de traiter des cas récents.

Quand il s'agit d'ailleurs d'un mal qui s'enracine rapidement par la répétition des crises, quand le temps est précieux, il n'est pas permis au médecin d'essayer des remèdes d'une utilité douteuse, avant d'avoir employé inutilement les moyens déjà consacrés par l'expérience. C'est une règle dont je ne me suis jamais départi, de-

puis dix-huit ans, dans mes études sur l'épilepsie; je n'ai pas fait exception pour le lactate de zinc; ce n'est qu'après des exemples de succès dans des cas difficiles que j'ai débuté par ce moyen dans les épilepsies récentes et chez les malades vierges de traitement. J'ai donc expérimenté ce remède sur une proportion considérable de malades placés dans les conditions les moins favorables de pronostic, soit par l'ancienneté de l'affection, soit par sa résistance à plusieurs traitements antérieurs.

Ces motifs ne sont pas les seuls qui m'ont fait hésiter avant de livrer ces études à la publicité. Dans une maladie éminemment chronique, réputée encore incurable par beaucoup de médecins et sujette à récidive, les guérisons récentes ne sont pas appréciées, et c'est les déflorer que de les faire connaître prématurément. J'ai dit quels motifs m'avaient fait passer sur ces considérations; je dois subir les inconvénients du parti que j'ai pris : dans le cours de ce chapitre, je ne me servirai pas du mot de *guérison*, quoique l'expérience m'ait appris la proportion et les circonstances des rechutes, et quoique certains cas aient pour moi la même valeur que des faits plus anciens; quand il s'agira de succès, je ne parlerai que de *suppression* des attaques.

Avant d'entrer en matière, qu'on me permette d'exprimer encore un regret : c'est d'être forcé, par le cadre qui m'est tracé, de ne donner qu'un simple sommaire d'observations dont je possède tous les détails et qui eussent gagné à être développées. Sous leur forme succincte, je m'efforcerai de conserver tous les traits qui peuvent permettre de porter sur leur valeur un jugement éclairé.

Les règles de pronostic que je vais retracer ont toutes été déduites des tableaux analytiques contenus dans mon ouvrage.

Pour évaluer les faits d'une série, il faut d'abord les partager en trois catégories, d'après le nombre total des attaques subies antérieurement.

La première catégorie, où le pronostic est favorable, comprend les cas où il y a eu moins de cent attaques.

La seconde, peu favorable, se compose de ceux où il y a eu environ de cent à cinq cents attaques.

La troisième, défavorable, renferme les cas où le nombre de cinq cents attaques a été dépassé.

Pour arriver à plus d'exactitude encore dans la détermination des chances, il faut en outre tenir compte de l'ancienneté de la maladie, de l'âge et du sexe des sujets.

Toutes choses égales d'ailleurs quant au chiffre total des atta-

ques, les cas les plus récents offrent la plus grande probabilité de succès. Au-dessous de trois mois de durée, les chances sont deux fois plus grandes que de trois mois à un an. Après dix ans, à moins que le malade n'ait eu que des vertiges peu fréquents, les succès sont de très-rares exceptions.

De tous les âges, la vieillesse est le plus favorisée; viennent ensuite l'adolescence et l'enfance, puis l'âge adulte.

Le sexe masculin m'a offert une proportion d'insuccès presque double de celle qu'on rencontre dans l'autre sexe.

Les hommes adultes sont donc placés dans les circonstances les plus défavorables.

Appliquons ces notions à notre série traitée par le lactate.

Des 41 épileptiques traités par le lactate de zinc, 6 ne sont pas assez avancés dans leur traitement pour qu'on en puisse prévoir l'effet. Les 35 autres se partagent entre les trois catégories, d'après le nombre total de leurs attaques, de la manière suivante :

15 se rangent dans la catégorie favorable;

12 dans celle peu favorable;

8 dans celle défavorable.

Nous commencerons par les moins favorisés

Catégorie défavorable. — Dans cette subdivision où, comme nous l'avons dit, les succès, même incomplets, sont de rares exceptions, les échecs ne prouvent rien contre l'efficacité d'un remède, et les améliorations, pourvu qu'elles soient bien caractérisées, doivent être prises en sérieuse considération. Sur les 8 patients de cette catégorie, 2 ont eu leur maladie amendée à un degré qui milite fortement en faveur du lactate de zinc.

Obs. 1. D. L., âgé de sept ans et demi. Oncle maternel épileptique; grande tante maternelle aliénée. Début, à deux ans, en mai 1849, à la suite d'une maladie cérébrale aiguë, convulsive, ayant laissé une hémiplégie complète, qui n'est pas entièrement dissipée. Durée : cinq ans et demi ; plus de mille attaques (outre des vertiges et des préludes plus nombreux encore.) Pas de cri; rotation de la tête à droite, perte absolue du sentiment; chute; convulsions toniques et cloniques; suspension, puis gêne de la respiration; figure bleue; écume, collapsus; sommeil court. *Vingt attaques environ par mois*, après avoir été plus fréquentes. *Vertiges ou préludes journaliers*, surtout dans les jours sans attaques.

Un long traitement d'oxyde de zinc a peu modifié la marche du mal.

Cet enfant m'est confié par M. le docteur Mayor, de Genève.

—15 grammes d'extrait de belladone en un an, du 3 septembre 1853 au 9 septembre 1854. Diminution graduelle du nombre des attaques; aucune dans les quatre derniers mois; mais vingt à trente vertiges par mois et préludes presque journaliers.

—352 de lactate de zinc en neuf mois, du 10 septembre 1854 au 4 juin 1855;

traitement suspendu en raison de quelques symptômes d'intoxication lente que nous avons décrits dans le chapitre précédent. *Aucune attaque pendant tout le traitement. Huit vertiges seulement en moyenne par mois* ; *quatre à seize jours par mois sans aucun prélude.* Dès le 1er juin (diminution rapide du remède) et surtout dès le 4 (suspension), vertiges journaliers : un à quatre par jour.

— La famille ne veut pas qu'on reprenne le lactate; on revient à la belladone, le 1er juillet. En juillet, *trente-cinq attaques ;* en août, *quatorze* ; en septembre, *dix*. .....

Déjà la belladone avait supprimé les attaques; mais elle restait sans influence sur les vertiges et les préludes. Sous l'action du lactate, non-seulement les attaques n'ont pas reparu pendant neuf mois, mais les autres manifestations épileptiques se sont notablement amendées. Tout paraissait promettre une guérison prochaine, quand on a dû suspendre le remède. On a vu avec quel degré de fréquence les attaques, après les vertiges, sont revenues au bout d'un mois de cessation du traitement.

L'origine de l'épilepsie dans ce cas , sa durée, le nombre total des attaques aggravaient singulièrement le pronostic ; l'âge seul était une circonstance favorable, mais cette condition est d'une médiocre importance à côté des autres.

Obs. II. Mme A., âgée de trente-deux ans. Un grand-oncle mort épileptique, un autre aliéné. Début à l'âge de quinze ans et demi, quelques jours avant la première menstruation, en 1838. Durée : seize ans et demi. Plus de mille attaques et un plus grand nombre de vertiges. *Huit attaques en moyenne par mois*, ordinairement par paroxysmes, et environ dix vertiges. Attaques : point de cri ; chute brusque ; rigidité générale ; emprosthotonos ; perte absolue du sentiment ; convulsions cloniques ; strangulation ; visage d'un rouge violet ; gargouillement ; écume, quelquefois morsure. Collapsus, stupeur ; sommeil sans avoir repris complétement la connaissance. Aucun souvenir ; céphalalgie et courbature. A la suite, surexcitation morale, puis mélancolie.

Plusieurs traitements infructueux.

—448 grammes de lactate de zinc en huit mois et demi, du 6 octobre 1854 au 23 juin 1855. Diminution graduelle du nombre des attaques : dernier paroxysme en mars ; *une seule attaque dans le dernier trimestre*, le 11 mai ; persistance des vertiges.

—. Poudre de feuilles d'oranger à haute dose, depuis le 24 juin..... *trois attaques par mois*.....

La malade était, par le nombre des attaques, par l'ancienneté de l'épilepsie et par son âge, dans les conditions les plus fâcheuses. Le demi-succès est plus remarquable que l'insuffisance du remède. Le mal a repris une marche rétrograde depuis la cessation du lactate ; mais toutefois plus favorable qu'avant. Peut-être aurais-je dû poursuivre encore le sel de zinc ; il est possible que j'y revienne.

Catégorie peu favorable. — Dans le champ déjà peu fertile de

cette subdivision, nous avons rencontré de nombreuses causes d'insuccès. Sur les 12 cas qui s'y rangent, il en est 5 dont la maladie datait de plus de dix ans; 5 encore chez qui elle datait de plus de deux ans et demi; restent 2 cas dont le plus récent durait depuis dix-huit mois, et de ces deux derniers, l'un appartient à un homme chez qui divers symptômes, persistant entre les attaques, rendent très-probable l'existence d'une maladie organique du cerveau. Au point de vue des âges et du sexe, les conditions n'étaient pas meilleures; on y comptait sept hommes de vingt à quarante-six ans, deux femmes, une adolescente et deux enfants seulement. D'après ce qu'on a vu de ces circonstances, dans mes règles de pronostic, on peut mesurer l'espace limité dans lequel je pouvais espérer des résultats heureux.

Toutefois, j'ai obtenu la suppression des accès chez les deux enfants, et une amélioration remarquable chez l'un des hommes.

Obs. III. A. R., âgée de huit ans. Dès l'âge de huit mois, plusieurs accès d'éclampsie, mais toujours dans une maladie fébrile. Aucune cause connue d'épilepsie. Début par des préludes d'attaques (spasme intestinal douloureux), à quatre ans, dans l'été de 1850. A six ans, ils s'accompagnent de flexion des bras et du corps en avant, avec convulsion de la face, sans chute. Dès août 1853, à sept ans, les convulsions se généralisent et deviennent de véritables attaques d'épilepsie : spasme intestinal, convulsions de la face, puis des membres et du tronc, avec emprosthotonos; chute, si on ne la retient pas; perte absolue du sentiment, arrêt de la respiration, turgescence de la face; mouvements cloniques, bornés d'abord le plus souvent à la face, plus tard généraux; émission de salive plus ou moins spumeuse. Durée totale des convulsions : une minute environ. Point de coma; stupeur ou court délire à la suite. On compte *deux attaques en moyenne par jour; le maximum d'intervalle entre les accès est de trois jours*. Il y a toujours, de temps en temps, des états convulsifs continus durant deux à trois heures, avec l'apparence de l'éclampsie.

Cette malade m'a été confiée par M. le docteur de Saint-Laurent, après une consultation avec M. le docteur Barthez.

— 86 grammes d'oxyde de zinc en quatre mois, traitement commencé avec M. de Saint-Laurent, le 28 décembre 1853, et continué par moi jusqu'au 2 mai 1854. *Attaques* moins fréquentes, mais *revenant encore, en moyenne, plus d'une fois par jour*. En outre, dans cette période, trois états convulsifs de deux à trois heures chacun.

— 476 grammes de lactate de zinc en dix mois, du 6 mai 1854 au 26 février 1855. (Au début de ce traitement, la maladie durait depuis près de quatre ans; il y avait eu environ 450 accès convulsifs, non compris les préludes.) Les attaques s'éloignent, surtout dès le cinquième mois; elles cessent de se montrer dès le sixième, le 28 octobre 1854. Il y a encore quelques préludes de temps en temps, de plus en plus rares et légers, *mais aucune attaque depuis plus d'un an*. La malade a fait par précaution un second traitement de lactate.

Ce cas, en raison des conditions défavorables où je l'ai entrepris,

est un des succès les plus remarquables que j'aie obtenus. L'enfant n'avait en sa faveur que son âge.

Obs. IV. E. A., âgé de vingt-un mois. Aïeule maternelle aliénée. Début, à l'âge de sept mois, en janvier 1854, par une violente attaque : cri, convulsions toniques, commençant par le renversement de la tête en arrière et la contraction des traits de la face; opisthotonos; extension des membres, des mains et des doigts; respiration suspendue, figure violette; puis tremblement ou secousses, râle; toujours urines involontaires (quelquefois évacuations alvines); rarement morsure. Durée fort courte. *Attaques* graduellement rapprochées et *revenant*, dans les trois derniers mois, *trois fois par semaine au moins*. En outre : *accès*, avortant au début de la période tonique, *beaucoup plus fréquents* que les attaques complètes. Durée de la maladie : quatorze mois; 150 attaques environ, outre les accès incomplets.

—197 grammes de lactate de zinc en six mois, du 17 mars au 15 septembre 1855. Dans les trois premiers mois, près d'une attaque en moyenne par jour (vingt-six à vingt-sept par mois); accès avortés de moins en moins fréquents. Dans les trois derniers mois, onze, treize, neuf attaques par mois; accès incomplets, de plus en plus rares et finissant par disparaître. Le jour même où on cesse le lactate, le 15 septembre, pour le remplacer le lendemain par la poudre de feuilles d'oranger, *les attaques, comme déjà les accès, cessent pour ne pas reparaître* ; la coqueluche commence en même temps. Celle-ci était guérie dans les derniers jours d'octobre.

Aucune manifestation épileptique n'a eu lieu depuis le 14 septembre, c'est-à-dire depuis deux mois.

Quelque doute peut surgir, dans ce cas, sur celui des deux médicaments auquel il faut attribuer la suppression des attaques. Pour moi, je ne saurais faire cet honneur à la feuille d'oranger ; je n'ai pas vu, dans les cas peu favorables, un remède amener d'aussi rapides effets ; ce que j'ai observé de ce médicament méthodiquement appliqué ne fait pas d'ailleurs présumer une telle vertu. D'autre part, ce n'est pas la première fois que, sous mes yeux, après l'emploi prolongé d'un antiépileptique, les attaques ont cédé au moment où l'on cessait le remède. Le numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, du 15 juin de cette année, contient l'observation due à M. Bouvier, d'un garçon de dix ans, atteint d'accès excessivement fréquents d'épilepsie, qui, après avoir résisté à diverses médications, disparurent trois jours après la discontinuation d'un traitement par l'oxyde de zinc. Six mois après, les attaques n'avaient pas reparu.

Une opinion, plus fondée en apparence, pourrait attribuer à la coqueluche la suppression des accès : il est très-commun, en effet, de voir les attaques se suspendre pendant le cours d'une maladie aiguë. Mais, dans ces cas, l'épilepsie reprend sa marche antérieure dans la convalescence.

Une seule fois, sur deux cents faits environ, j'ai observé (ceci se passait il y a trente et un ans) une issue différente.

Un petit garçon de quatre ans, épileptique depuis deux ans et demi, et non vacciné, prit la variole; il eut des attaques répétées au début de la fièvre éruptive; mais elles ne reparurent plus dès lors pendant quatre années. A l'âge de huit ans, le 25 février 1828, il fut atteint de coqueluche; au dix-septième jour l'épilepsie récidivait. Vingt ans après, il était encore épileptique.

La variole a donc été avantageuse dans ce cas; mais la coqueluche a été funeste.

Ainsi la coqueluche, loin d'être favorable, même temporairement, aux épileptiques, tendrait à ramener les attaques chez les sujets guéris ou améliorés. J'en ai, du reste, d'autres preuves: ainsi, cette année même, un petit garçon de quatre ans et demi qui, sous l'influence d'un traitement par l'oxyde de zinc, n'avait pas vu reparaître depuis six mois ses attaques, autrefois hebdomadaires, a rechuté en août dernier dans le cours d'une coqueluche.

Tout fait donc présumer que, chez l'enfant A, l'honneur du succès appartient au lactate de zinc.

Obs. V. V. D., âgé de vingt-deux ans. Début, à quinze ans, à la fin de 1847, par une attaque. Engourdissement, puis contraction du membre thoracique droit, flexion de la tête, convulsions générales, toniques puis cloniques; turgescence et couleur violacée de la face; perte absolue du sentiment; écume, rarement urines involontaires. Coma; stupeur; retour du sens, dont il ne conserve pas le souvenir, puis sommeil. Céphalalgie et courbature au réveil. *Quatre ou cinq attaques, en moyenne, par mois*, et crampes initiales beaucoup plus fréquentes. Durée: sept ans; nombre des attaques: plus de 200. Ce malade m'est adressé par M. le docteur Barth.

— 41 grammes de sulfate de cuivre ammoniacal, en quatre mois et deux tiers, du 19 juin au 9 novembre 1854. Trois paroxysmes de quatre, cinq, quatre attaques à quarante-deux, quarante-un, cinquante-deux jours d'intervalle, soit *quatre attaques, en moyenne, par mois*.

— 485 grammes de lactate de zinc en neuf mois, du 10 novembre 1854 au 8 août 1855: Deux attaques, en moyenne, par mois, dans les trois premiers mois; la dernière, le 18 février 1855. *Aucune dès lors jusqu'à la fin du traitement*.

— Récidive *après six mois, sans attaque*, le 27 août, dix-neuf jours après la cessation du lactate: huit attaques en deux paroxysmes, à onze jours d'intervalle.

— Reprise du lactate. Aucune attaque depuis plus de deux mois. ....

Après une récidive aussi récente, ce fait ne peut être qualifié que de cas amélioré; cependant, d'après mon expérience, je suis à peu près certain qu'il y aura guérison. Si l'on considère l'ancienneté de la maladie, le nombre antérieur des attaques, l'âge, le sexe; ce cas, même comme amélioration, est très-concluant en faveur de l'efficacité du lactate.

Catégorie favorable. — 15 cas appartiennent à cette subdivision qui, par les chances de succès qu'elle offre, doit être le véritable théâtre de l'expérimentation thérapeutique. Sur les 15 cas, il n'y en a eu que 4 qui n'ont pas été influencés par le lactate: chez l'un, qui avait eu plus de 90 attaques, la maladie durait depuis plus de quinze ans et demi. Un autre, âgé de quarante-quatre ans, offre les symptômes d'une paralysie générale commençante : divagations ambitieuses, radotage, perte à peu près complète de la mémoire, urines involontaires nocturnes et même diurnes. Le troisième, petit garçon de quatre à cinq ans, a une tête d'hydrocéphale, et a eu, outre ses attaques, plusieurs milliers de vertiges avec chute. La quatrième, jeune personne de seize ans, dont la maladie date de trois ans et demi, est la seule qui n'offre pas d'autres conditions fâcheuses de pronostic. Dans ces quatre cas, divers traitements consciencieusement et infructueusement suivis, avant ou après l'usage du lactate, prouvent que ce remède ne peut être regardé comme responsable des insuccès.

Des 11 épileptiques restant, 6 ont vu leurs attaques supprimées; chez les 5 autres, elles ont été éloignées à un point tel que, pour 3 d'entre eux, il y a lieu d'espérer, par la continuation du remède, une guérison complète. Nous commencerons par les faits où les attaques ont été supprimées.

Obs. VI. E. H., âgée de onze ans et demi. Aïeul paternel mort épileptique; aïeul maternel mort aliéné. Début, sans cause autre connue, par une attaque, à onze ans, le 15 août 1853. *Huit attaques en moins de cinq mois*, à des intervalles qui ont varié de vingt et un à huit jours ; toutes dans le sommeil : cri, convulsions générales, secousses peu intenses, respiration gênée, bruyante, face violacée, perte complète des sens, salive plutôt filante qu'écumeuse ; une fois morsure de la langue, une autre fois urines involontaires ; sommeil lourd, puis calme, sans retour intermédiaire de la connaissance. Du 20 septembre au 31 janvier 1854, M. le docteur Monod avait en vain combattu le mal par un traitement d'oxyde de zinc, mais à faibles doses, en raison de la difficile tolérance.

Mon confrère me confie la malade le 1er février 1854.

— 60 grammes d'oxyde de zinc en six mois (traitement fort incomplet, par la cause indiquée ci-dessus). *Une attaque seulement, à six mois d'intervalle*, le 18 janvier 1854.

— 306 grammes de lactate de zinc en six mois. Au commencement de ce traitement la maladie datait de onze mois. Une attaque à la fin du deuxième mois du traitement, à deux mois d'intervalle, le 23 septembre 1854. *Aucune depuis plus de treize mois.* (Il n'y a jamais eu de vertiges.)

Obs. VII. P. C., âgé de quinze ans. Une tante maternelle de son père est morte épileptique ; une tante maternelle du malade est affectée de surdimutité, de strabisme et de chorée, suites de convulsions dans l'enfance. Aucune autre

cause connue, prédisposante ou occasionnelle. Début par une attaque, à quatorze ans et demi, le 27 septembre 1854. Puis, *trois mois après*, le 4 janvier 1855, *un paroxysme de six attaques en douze heures :* crampe de la mâchoire gagnant le reste de la face, rotation de la tête, cri, convulsions générales, toniques, puis cloniques; symptômes d'asphyxie; perte absolue du sentiment; respiration bruyante, écume; urines involontaires; coma, ensuite stupeur; céphalalgie, courbature.

Ce malade m'est confié par M. le docteur Blazy, le 11 janvier 1855.

— 315 grammes de lactate de zinc en six mois et demi, du 11 janvier au 25 juillet 1855. *Un paroxysme de cinq attaques*, du 15 au 18 janvier, dans la première semaine du traitement, *à sept jours d'intervalle du précédent. Aucune manifestation épileptique dès lors, c'est-à-dire depuis dix mois.*

Obs. VIII. Mlle de ***, âgée de dix-sept ans et demi. Une cousine germaine morte épileptique. Début, scrofules dans l'enfance. Aucune cause occasionnelle connue. Début, à quatorze ans, aux approches de la première menstruation, par de courts accès de convulsions bornés au membre thoracique droit. Deux ans après, en mars 1851, première attaque générale : la crampe, partant de la main droite, gagne le membre thoracique entier, le cou et la tête; perte de la vue, puis de l'ouïe et enfin du sentiment; convulsions générales toniques, puis cloniques; symptômes d'asphyxie; écume, quelquefois morsure de la langue, rarement urines involontaires; une fois une évacuation alvine; collapsus; stupeur et terreur en reprenant ses sens; enfin sommeil calme. Seconde attaque, cinq mois après la première. Dès lors, *trois attaques en moyenne par mois* (quarante en treize mois), outre des préludes; *maximum d'intervalle, quarante-huit jours.* Dès la seconde attaque, elle a été traitée sans succès par Récamier, avec des vésicatoires, des émétiques, l'extrait de valériane, le cyanure de fer; changement d'air, suppression des études, etc.

On me consulte le 5 août 1852 :

— 13 kilogrammes et demi de poudre de selin des marais, en dix-sept mois : moins d'une attaque (0,6) en moyenne par mois; un intervalle de quatre mois. Préludes plus rares.

— 159 grammes d'oxyde de zinc en cinq mois; cessation pour cause d'intoxication grave. Deux attaques seulement le même jour, à deux mois et demi d'intervalle de la précédente, pendant une suspension momentanée du remède (contre mes ordres). Aucune, pendant le reste de la médication.

— Absence de tout traitement pendant quatre mois. Une attaque à six mois d'intervalle, le 14 septembre 1854.

— 402 grammes de lactate de zinc en huit mois. *Aucune attaque* pendant le traitement, ni dès lors, c'est-à-dire *depuis plus de treize mois.* De temps en temps, quelques préludes de plus en plus insignifiants. Second traitement de lactate par précaution.

Obs. IX. M. P., âgé de quarante-six ans. Début de l'épilepsie, par une attaque, à trente-cinq ans, le 15 janvier 1844. Chute subite; convulsions générales, perte absolue de connaissance, écume, etc. Forte courbature à la suite. Trois à quatre attaques par semaine pendant les premiers mois, puis éloignement graduel; dans le cours de la quatrième année, elles ne reviennent qu'une fois par mois; puis cessent tout à fait en août ou septembre 1847, la maladie étant abandonnée à elle-même dès les premières attaques.

Nulle manifestation épileptique pendant cinq ans et demi.

Rechute par un état vertigineux, le 6 février 1855, à quarante-quatre ans et demi. *Un état vertigineux tous les mois environ*, outre des *menaces plus fréquentes*. Tournoiement de tête, bourdonnements d'oreilles, trouble de l'ouïe, puis de la vue, impossibilité de répondre ; titubation et obligation de se coucher, en même temps constriction gastrique, nausées, vomissements, puis sommeil profond. Les menaces consistent en un tournoiement de tête, sans trouble des sens ni symptômes gastriques, qui se dissipe en marchant à l'air.

— 1145 grammes de poudre de selin des marais, en cinq mois et demi. Trois états vertigineux à 35, 121, et 2 jours d'intervalle. Menaces rares.

— 125 grammes de lactate de zinc en sept mois et demi, du 21 avril au 5 décembre 1854. Un seul état vertigineux après un mois de traitement, à quarante jours d'intervalle, le 25 mai 1854. Nul autre dès lors, *c'est-à-dire depuis seize mois*. Une menace seulement en août 1855.

Obs. X. Mme H., âgée de quarante-trois ans et demi. Aucune cause connue. Début en janvier 1849, à trente-sept ans, par un vertige intense ; étourdissement, titubation, chute sur le sol, perte momentanée de connaissance, tumescence de la face, yeux fermés ou ouverts et égarés ; retour incomplet de l'ouïe et de l'intelligence, réponses par signes ; nausées et vomissements, puis fatigue extrême et sommeil. Trois paroxysmes de vertiges dans les deux premières années, puis tous les deux mois et, enfin, depuis un an et demi, *tous les mois environ* ; les deux derniers *à vingt jours d'intervalle*. En outre, *simples vertiges sans chute, extrêmement fréquents*, et *presque journellement états vertigineux prolongés*, mais légers.

— 185 grammes de lactate de zinc, en quatre mois et un tiers, du 29 juin au 7 novembre 1855, traitement non achevé. Quatre états vertigineux légers dans la première semaine de la médication. *Nulle trace de vertige quelconque* dès lors, c'est-à-dire *depuis quatre mois*.

Obs. XI. P. C., âgé de douze ans. Un oncle maternel mort épileptique. Début, sans autre cause connue, à huit ans, en mai 1851, par une attaque : étourdissement, bourdonnements d'oreille, perte de la vue, puis de la connaissance, chute brusque, en arrière, convulsions générales, vives secousses. Au retour des sens, forte céphalalgie ; rarement sommeil consécutif. Dans les quatre premières années *une attaque, en moyenne, tous les mois* ; elles se sont rapprochées dans le premier semestre de 1845 ; il y en a eu *quatre en juillet*, la dernière le 27. *Un vertige environ par mois*. Ce malade m'est adressé par M. le docteur Chaillou.

— 28 grammes de lactate de zinc, en trois mois et deux tiers, du 20 août au 7 novembre 1855, traitement non achevé. Un vertige à la fin du premier mois ; deux vertiges, *mais aucune attaque depuis trois mois et demi*.

Les cinq cas suivants ont été seulement améliorés.

Obs. XII. H. S., élève de l'asile Lambrechts à Courbevoie, âgé de quinze ans et neuf mois, éminemment scrofuleux à son entrée à l'asile ; guéri dès lors. Aucune cause connue. Début par une attaque, le 10 février 1855, à quinze ans et demi ; durée, deux mois. Seconde attaque *quatorze jours après la première* ; puis un paroxysme de vingt attaques en deux heures et demie, à *trente-six jours de la précédente* : convulsions toniques commençant par le côté droit de la face et se généralisant ; cri rauque ; secousses prédominant à droite ; visage bleu ; écume ; perte absolue du sentiment. Ni morsure, ni urines involontaires. Coma, puis stupeur ; céphalalgie ; courbature. Huit jours avant la première attaque, état vertigineux prolongé.

— 360 grammes de lactate de zinc en sept mois, du 4 août au 6 novembre 1855; traitement non achevé. *Aucune attaque pendant cinq mois*, puis un paroxysme de convulsions presque continues pendant une heure, le 28 août. Aucune attaque dès lors, c'est-à-dire *depuis deux mois et demi.*

Obs. XIII. E. S., âgée de dix-neuf ans. Aucune cause connue. Début par une attaque à dix ans, en juillet 1845; durée, neuf ans. Deux à quatre attaques par an; vertige, écume, perte absolue du sentiment, cri, opisthotonos, chute, convulsions toniques générales, avec suspension de la respiration, puis cloniques et râle; retour des sens, stupeur courte, sommeil; céphalalgie et douleur dans les membres. Depuis trois ans, le *maximum d'intervalle a été de six mois, le dernier* n'a été que de *vingt-huit jours*. Il y a en outre de fréquents vertiges.

Plusieurs traitements infructueux, entre autres, un par le nitrate d'argent.

Mlle S... vient de la Russie méridionale à Genève se mettre sous mes soins.

— 3225 grammes de poudre de selin des marais en sept mois et demi. Quatre attaques, soit *une environ tous les deux mois*; *maximum d'intervalle, quatre-vingt-un jours*; *vertiges rares.*

— 3267 grammes de poudre de valériane en quatre mois et demi. Cinq attaques, soit une en moyenne par mois; maximum d'intervalle, soixante-quinze jours; vertiges rares.

— 603 grammes de lactate de zinc en onze mois, du 31 août 1854 au 24 juillet 1855. Deux attaques à soixante-deux et cinquante-six jours d'intervalle, la dernière, le 28 décembre 1854; aucune pendant le reste de la médication. Mlle S... est retournée dans sa patrie. — Récidive le 24 septembre 1855, *après neuf mois sans attaque ni vertige*, deux mois après la fin du traitement. Reprise du lactate de zinc.....

Obs. XIV. E. C., âgé de dix-huit ans, scrofuleux. Père et un frère morts phthisiques; trois suicides de femmes dans la branche maternelle; éclampsie dans la première enfance. Début par un vertige épileptique, en juin 1850, à quatorze ans; dès lors, deux vertiges simples ou multiples deux fois environ par mois, avec ou sans chute. Premier paroxysme de trois attaques en une demi-heure, en décembre 1850 : mouvements convulsifs de la main gauche, se propageant à tout le membre thoracique; chute en arrière, convulsions générales intenses; turgescence et couleur violacée du visage et du cou; langue noire, sortant de la bouche; écume sanguinolente; perte absolue du sentiment, sans retour dans les intervalles de chaque attaque; coma, puis sommeil calme de plusieurs heures. Second paroxysme de trois heures de durée (série très-nombreuse d'attaques) à un an d'intervalle; les suivants, de neuf à trois mois de distance; les deux dernières attaques, isolées, à *trois mois*, puis *trente jours* d'intervalle.

Traitements infructueux d'iode, de valériane, d'atropine.

—330 grammes de lactate de zinc en sept mois et demi, du 20 novembre 1854 au 2 juillet 1855. Un paroxysme de demi-heure dans la quatrième semaine du traitement, à cinquante-cinq jours d'intervalle; puis *aucun pendant six mois.* Vertiges plus rares. Un paroxysme de sept attaques en trois quarts d'heure, le 24 juin 1855. Cessation du lactate.

Commencé sans interruption un traitement par le sulfate de cuivre ammoniacal, qui est suivi depuis *quatre mois et demi*; *aucune attaque*; deux vertiges seulement.

Obs. XV. M. F., âgé de vingt-six ans et demi, célibataire. Une tante mater-

nelle aliénée. Intelligence fort peu développée; titubation extrêmement prononcée en marchant. Début par une attaque, à vingt-quatre ans, en septembre 1852 : vertige; il a le temps d'avertir; rotation de la tête à gauche avec opisthotonos; extension forcée des membres; coloration bleue de la face; secousses peu fortes; écume; morsures presque constantes; perte absolue du sens et de l'intelligence; coma; stupeur; demi-délire. *Trois attaques en moyenne par mois.* Vertigos assez fréquents.

— 15 grammes de sulfate de cuivre ammoniacal en trois mois et demi. Deux attaques en moyenne par mois.

—243 grammes de lactate de zinc en huit mois et demi (traitement fort dilué), du 23 mai 1854 au 6 février 1855. *Une attaque en moyenne tous les deux mois.*

— 1,912 grammes de poudre de valériane en trois mois et demi, du 9 février au 16 mai 1855. Une attaque et demie, en moyenne, par mois.

Obs. XVI. M. F., âgé de cinquante et un ans. Chagrins domestiques. Première attaque bien constatée à quarante-cinq ans, le 3 avril 1849 (il y en a eu antérieurement, mais sans date certaine). Chute subite, plaies, perte absolue de connaissance; violentes convulsions générales; face violette; râle; écume; urines involontaires. Aucun souvenir. Pendant cinq ans, *une attaque, en moyenne, tous les deux mois.*

—111 grammes d'oxyde de zinc en six mois (sous la direction de MM. Moreau et Baillarger); intervalles entre les attaques, de deux, puis de six mois; mais il y a deux attaques en deux jours.

—120 grammes d'oxyde de zinc en trois mois et demi (sous ma direction, ce malade m'ayant été confié par mes confrères); traitement suspendu, comme déjà le précédent, pour intoxication. Une attaque unique, à deux mois et demi d'intervalle, au commencement du second mois de la médication.

—64 grammes de sulfate de cuivre ammoniacal, en cinq mois et demi, suspendu par la même cause que les remèdes précédents. Deux attaques en deux jours, à sept mois et demi d'intervalle de la précédente.

—460 grammes de lactate de zinc en huit mois, du 5 février au 16 octobre 1855; traitement non achevé. *Deux attaques uniques, à trois et quatre mois d'intervalle.*

Pour conclure sur cette dernière catégorie, rappelons que, sur les quatre cas rebelles, l'un datait de quinze années; le sujet d'un autre offre les signes d'un ramollissement cérébral; un troisième, ceux d'une hypertrophie du cerveau; il a eu d'ailleurs des milliers de vertiges avec chute. Même en conservant ces cas, qu'on pourrait à bon droit éliminer d'une catégorie favorable, le lactate a donné les résultats suivants : suppression des attaques dans les 2/5es des cas, amélioration dans 1/3, insuccès complet dans 1/4 seulement.

Ces résultats, quelque remarquables qu'ils soient, ne le sont pas autant que ceux que j'ai donnés pour l'oxyde de zinc dans mon ouvrage sur l'épilepsie. Mais, pour être équitable, il faut tenir compte des deux considérations suivantes : 1° la composition des deux séries favorables, dans les deux cas, est bien loin d'être semblable; on en pourra juger par une seule condition : sur 31

cas pour l'oxyde, 24, c'est-à-dire les 4/5es, avaient eu en tout moins de 10 attaques; sur 15 cas pour le lactate, 2 seulement, 1/7e, se trouvaient dans cette condition. 2° Sur les 5 cas améliorés par le lactate, il en est 2 qui, n'étant que des récidives, guériront très-probablement, d'après mon expérience, par la continuation du remède; le temps seul a manqué pour obtenir ce résultat, j'en ai la conviction.

Au moyen de cette double correction et des résultats obtenus dans la catégorie défavorable, j'estime, par l'ensemble des faits, autant qu'il est permis d'en juger en moins de deux ans, que le lactate est doué d'une efficacité au moins aussi grande que l'oxyde.

Mais les cas individuels, qui sont un moyen de comparaison plus sûr encore que les faits généraux, donnent décidément au lactate la supériorité. Dans les observations 1, 3, 6 et 8, où les malades ont pris successivement les deux remèdes, les avantages du sel sur les fleurs du zinc sont démontrés d'une manière incontestable.

Aussi, au point de vue des effets thérapeutiques, comme à celui des effets physiologiques et toxiques, la substitution du lactate de zinc à l'oxyde constitue un progrès que je suis heureux d'ajouter à ceux que j'ai déjà fait faire au traitement de l'épilepsie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Un dernier mot sur la méthode des grandes incisions intra-urétrâles comme traitement des coarctations urétrales.

Monsieur le rédacteur,

L'urétrotomie, notamment celle qui est pratiquée par la méthode des grandes incisions, continue à exciter un vif intérêt parmi les chirurgiens, au double titre de la gravité des rétrécissements auxquels on l'oppose, et aux dangers qui peuvent l'accompagner et la compromettre. Veuillez m'ouvrir les colonnes de votre estimable journal pour appeler encore une fois l'attention de vos lecteurs sur cet important sujet.

Afin de ne pas abuser de leur bienveillance, je me bornerai, en répondant à M. Robert, à ajouter quelques développements aux remarques que vous avez bien voulu insérer dans vos numéros des 30 mai et 18 juin dernier.

Pour pratiquer l'urétrotomie avec toute la précision nécessaire dans une opération aussi délicate, il faut être en possession d'instruments qui fournissent, au moment d'opérer, toutes les notions dont on a besoin pour ne pas s'égarer, et qui permettent de donner à

l'incision des limites bien déterminées, soit en longueur, soit en profondeur, de manière à diviser complétement les tissus malades et de garantir sûrement les parties saines du canal sur lesquelles on ne veut point agir.

L'instrument dont je me sers réunit ces conditions. Il se compose de différentes pièces, dont l'ensemble forme une tige droite, d'une à deux lignes de diamètre, terminée en olive par un bout, et de l'autre côté par un renflement dans lequel se trouvent une rondelle servant de poignée, un manche, une vis de pression, une crémaillère, une échelle graduée, un bouton et tout l'appareil destiné à faire fonctionner la lame tranchante pendant l'opération, pièces qu'il suffit d'indiquer. Mais je m'arrêterai un instant sur les parties principales.

La gaîne présente une rainure longitudinale qui contient le porte-lame et se termine en avant par une olive aplatie : du côté correspondant au dos de la lame, la saillie que forme cette olive dépasse à peine la circonférence de la gaîne; mais du côté opposé elle est plus forte, disposition qui a permis de cacher entièrement la lame tranchante et de rendre les explorations plus faciles, sans augmenter le volume de l'appareil.

La lame, légèrement convexe, de 11 à 13 millimètres de longueur, est fixée d'un côté à la tige porte-lame, et vers la pointe à une petite languette, au moyen d'une charnière. Quand on tire sur le manche, cette languette arc-boute contre un arrêt que présente la rainure, dans l'olive, et, à mesure que la lame sort de celle-ci, la languette, de verticale qu'elle est quand l'instrument n'est pas armé, devient oblique et même horizontale. Dans ce mouvement, elle pousse la lame en dehors de l'olive, en même temps qu'elle en augmente la solidité.

Pour monter l'urétrotome, on applique la languette articulée contre le dos de la lame, on l'introduit dans la gaîne, ainsi que le porte-lame. Pour s'assurer que le tranchant est bien placé dans la cavité de l'olive, on tire légèrement sur le manche du porte-lame. La crémaillère fait entendre un bruit de cric; à chaque cran, la sortie de la lame augmente de 2 millimètres, et dès que la languette est horizontale, la lame est sortie de 9 millimètres : l'instrument est armé au dernier degré. Pour le désarmer, on presse le bouton et on pousse le manche.—Par la précision de son mécanisme, cet instrument rend la manœuvre simple, sûre et facile.

Après avoir préparé le malade, on choisit un urétrotome dont l'olive soit proportionnée à l'ouverture de la coarctation, que le traitement

préparatoire a fait connaître avec exactitude. On marque sur la gaîne le point où l'instrument s'arrête, et dès qu'il est parvenu au delà de la coarctation, on s'assure, à l'aide de la tige olivaire, que le canal est libre en arrière, et l'on détermine le point où le rétrécissement commence du côté de la vessie. Le chirurgien connaît, par conséquent, et la longueur de la coarctation et le degré de lumière que le canal conserve encore ; l'épaississement de ses parois est constaté en même temps par le toucher urétral. On sait donc où l'incision doit commencer et finir ; on sait aussi à quelle profondeur la lame doit pénétrer pour que les tissus malades soient divisés.

Ce n'est pas seulement en théorie que ces exigences sont satisfaites ; une pratique étendue s'est prononcée de la manière la plus formelle sur le jeu facile et précis des différentes parties de l'instrument. Je l'ai employé sur près de cent malades, et dans aucun cas les limites que j'avais fixées d'avance aux incisions n'ont été dépassées; si parfois tous les tissus morbides n'ont pas été divisés à la première séance, c'est uniquement parce que j'avais jugé utile de faire l'opération en plusieurs temps.

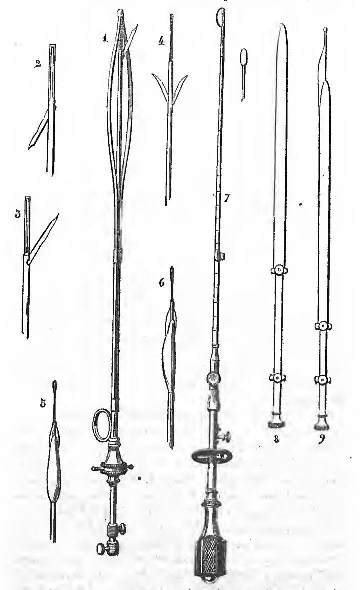
Cependant quelques personnes élèvent des doutes sur l'utilité et le mode d'action de mon urétrotome. Les uns ont dit que *par son emploi on ne fait que des incisions superficielles*. Il suffit d'avoir l'instrument sous les yeux, de se rappeler la manière de l'appliquer, et les circonstances dans lesquelles il est indiqué d'opérer, pour reconnaître qu'on se trompe. Il est de toute évidence, en effet, qu'en introduisant dans une coarctation l'urétrotome dont l'olive remplit exactement la lumière, et qu'en faisant sortir de l'olive, parvenue derrière le rétrécissement, la lame qu'elle renferme, d'une étendue de trois à quatre lignes (6 ou 8 millimètres), cette lame pénétrera nécessairement de la même quantité dans les tissus, qui sont alors durs, résistants, presque sans élasticité, par conséquent dans l'impossibilité de fuir devant son tranchant.

Les figures de 1 à 6 représentent les divers instruments à une ou deux lames, avec lesquels M. Reybard fait ses opérations; ces figures sont la reproduction de celles que l'auteur a données dans son livre.

La figure 7 représente mon urétrotome à olive, agissant d'arrière en avant. Les pièces que je viens d'indiquer y sont représentées, moins la lame et ses rapports avec l'olive. Par un malentendu, on n'a pas représenté l'instrument armé et par suite on ne voit ni le point d'où la lame sort, ni la languette qui unit la lame à l'olive, ni cette lame elle-même, dont la partie la plus large se cache dans l'olive, tandis que la portion la plus étroite se trouve dans la canule.

On voit, par les figures 8 et 9, l'instrument avec lequel j'incise d'avant en arrière, et qui diffère peu de celui dont se sert M. Reybard. Cet instrument a moins d'importance, à raison surtout de la rareté des cas dans lesquels il est applicable.

2° D'autres cherchent à établir « que le tranchant de la lame, à « raison de sa forme et de sa brièveté, coupe mal les tissus sur les-



« quels il agit plutôt en pressant qu'en sciant..... Que par cet in- « strument défectueux, dont la lame tranchante occupe l'extrémité

« de l'olive, on coupe les tissus irrégulièrement... et que l'olive, qui a « de quatre à cinq millimètres de diamètre, ne peut pas franchir un « rétrécissement très-serré, etc. »

Remarquons que ces graves reproches sont formulés par un grand praticien, ayant eu la mission d'exposer et de juger les travaux modernes sur l'urétrotomie, et qui a dû probablement les étudier. Il faut que mon honorable ami, M. Robert, se soit trouvé, en écrivant ces lignes, sous le coup d'une bien grave préoccupation pour ne pas voir ce qui saute aux yeux. En effet, de tous les urétrotomes connus, il n'y en a pas dont la lame par sa forme, sa solidité, et la disposition de son tranchant, coupe mieux, plus nettement, plus régulièrement que celui dont je me sers. Pour s'en convaincre, mon savant confrère n'avait qu'à en faire l'expérience, et l'employer comparativement avec les appareils les plus usités.

En prétendant *que la lame de mon urétrotome occupe l'extrémité de l'olive*, M. Robert autorise à penser qu'il n'a jamais vu cet instrument, et que, de même que du fait pratique qu'il cite, pour les besoins de sa cause, il n'en parle que sur des assertions dépourvues de réalité. C'est du milieu de l'olive que sort la lame quand on arme l'instrument, et à mesure qu'elle s'écarte, elle s'abaisse au point de devenir parallèle à la base de l'olive. Si M. Robert avait pris la peine de lire mon premier travail sur l'urétrotomie, il aurait vu que j'avais signalé, dans d'autres instruments, le vice qu'il suppose gratuitement au mien, en paraphrasant ce que j'ai dit. Mon judicieux confrère pourra être fixé à cet égard par la figure de mon instrument que je reproduis ici, à côté de celui dont il se fait le défenseur. Chacun, d'ailleurs, verra la différence qui existe entre ces deux appareils.

En affirmant que mon urétrotome à olive ne peut pas traverser un rétrécissement très-étroit, M. Robert paraît ignorer qu'il y en a de toutes les grosseurs et pour tous les cas ; qu'on se sert des petits pour les rétrécissements étroits, et des gros pour ceux qui ont déjà subi un certain degré d'élargissement. Faut-il rappeler qu'on ne saurait même donner à l'incision la précision désirable, sans que l'*olive remplisse exactement la lumière du point rétréci?* J'ajouterai, pour achever d'édifier mon honorable confrère, qu'avant de pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière et de dedans en dehors, le malade doit être soumis à un traitement préalable, afin de disposer l'urètre à livrer passage à l'urétrotome; que celui-ci soit olivaire ou cylindrique, la condition ne change pas. Dans les cas où l'on ne peut pas obtenir cette dilatation préalable du point rétréci, c'est à une autre

méthode qu'il faut recourir. Mais ce sont là des notions trop élémentaires pour que je doive m'y arrêter plus longtemps.

Lorsqu'un malade a plusieurs rétrécissements, ce qui n'est pas rare, à coup sûr, chacun d'eux peut réclamer un traitement spécial; ceux de la partie pénienne, trop souvent réfractaires à la dilatation, doivent être ordinairement divisés, tandis que ceux plus profondément situés vers la courbure peuvent généralement guérir par l'emploi des bougies. Mais, avant d'agir sur ces derniers, on comprend, sans être grand chirurgien, que les premiers doivent être détruits. C'est ce qui a été fait dans le cas cité par M. Robert, pour donner à ses reproches une apparence de fondement. Si mon honorable confrère m'avait demandé l'observation de ce malade, je me serais empressé de la lui donner, car ce qui se fait dans mon service n'est un mystère pour personne, et je n'ai jamais éprouvé le besoin de cacher quoi que ce soit. En suivant une voie oblique, M. Robert n'a rapporté qu'un fait tronqué, qui ne prouve rien de ce qu'il cherche à établir.

L'honorable rapporteur de la commission d'Argenteuil tient absolument à réhabiliter les instruments et les procédés dont il s'est fait le patron. Et parce que j'ai démontré qu'ils sont défectueux, insuffisants, dangereux même, ce que l'auteur a la bonne foi de reconnaître, ainsi que je l'ai dit dans mes remarques, et même de proclamer tout haut, en recommandant aux praticiens de ne pas s'en servir, M. Robert s'est senti blessé, et a rédigé, sous cette regrettable influence, la lettre à mon adresse, qui est insérée dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* (1).

Quand un débat s'engage en chirurgie, on doit supposer que ceux qui sont appelés à y prendre part n'ont en vue que les intérêts de la science et de la pratique, et qu'à l'aide des connaissances spéciales

(1) Je ne suis pas le seul qui ai compris les dangers, et qui me sois élevé contre l'emploi des instruments et des procédés dont il s'agit. La plupart des membres de cette même Commission, dont M. Robert était l'organe, ont exprimé des sentiments semblables au mien, et ils ne se sont même pas tenus, en les exprimant, dans la ligne de modération qu'il m'a paru convenable d'observer à l'égard d'un travailleur sérieux et honnête, et du rapporteur d'une Commission académique dont je respecte les talents, les droits acquis et le caractère, alors même qu'il est de mon devoir de combattre ses opinions, et de signaler les erreurs qui lui ont échappé. Ainsi, on a entendu à la Société de chirurgie la plupart des membres de la Commission du prix d'Argenteuil déclarer qu'ils n'avaient pas entendu, en signant le rapport de M. Robert, donner un prix à M. Reybard *pour sa méthode des grandes incisions intra-urétrales*. M. Ricord, entre autres, déclare qu'il a signé le rapport qui accorde un prix à M. Reybard, mais que ce n'était pas pour ses *affreux instru-*

ou générales qu'ils ont acquises, ils dirigeront tous leurs efforts à élucider les questions non encore résolues.

Le savant rapporteur de la commission d'Argenteuil ne paraît pas admettre ces grands principes de toute discussion scientifique ; il ne suppose pas qu'on puisse prendre la plume sans avoir un intérêt personnel à défendre, ou des prétentions à soutenir. Partant de là, il veut absolument me faire subir l'application de ses étranges maximes, et me gratifie, en conséquence, des aménités qu'on a pu remarquer dans sa lettre. J'avoue n'avoir que peu de goût pour les discours *pro domo*, alors même qu'à l'exemple de mon équitable collègue on porte l'erreur et l'injustice à leurs dernières limites.

En écrivant mes remarques sur le rapport de la commission d'Argenteuil, j'avais un but plus élevé. Je regrette que mon honorable ami, fasciné par cette pensée étroite, qui ne voit partout que l'intérêt privé, ne se soit point aperçu qu'il s'agissait ici des malades que l'on abuse, de l'Académie qu'on égare, et de l'urétrotomie dont on compromet les destinées, autant par l'exagération et les fausses doctrines que par les vices de ses moyens d'exécution.

M. Robert a supposé qu'il déplacerait la question s'il parvenait à établir, non-seulement que je n'ai rien fait au sujet de l'urétrotomie, dont j'aurais été successivement le partisan et l'adversaire, et que *tout mon bagage scientifique se réduit à un instrument que tout le monde repousse;* mais encore que je n'ai même pas *bien compris la méthode des grandes incisions.* Je ne croyais pas que l'assurance bien connue de M. Robert pût atteindre à ce degré. Mais dussé-je provoquer de nouveau la colère de ce savant collègue, je répéterai ici que j'ai beaucoup étudié l'urétrotomie, que je l'ai souvent appliquée, et que je crois même l'avoir un peu perfectionnée. C'est à cause de tout cela que, malgré l'ignorance dont me gratifie M. Robert, je suis parvenu à entrevoir les grosses méprises qui avaient échappé à sa haute sagacité, et que je me suis cru en posi-

ments : il dit qu'il a voté pour tout, excepté pour *l'urétrotome*, qui cause, suivant lui, les plus cruels déboires, et qui a produit entre les mains de M. Reybard lui-même les plus graves accidents. « Comment donc, s'écrie M. Ricord, peut-on présenter cette méthode comme une opération simple, légère, innocente et sans accident! »

En voilà, je pense, plus qu'il n'en faut pour faire comprendre et la pensée de la Commission, et la position difficile dans laquelle son rapporteur s'est placé. Ai-je eu donc si grand tort de publier mes remarques sur le travail de M. Robert? Quant au fond, elles sont inattaquables. Quant à la forme, je pense que mon savant collègue n'aurait pas mal fait de la prendre pour guide dans l'épître à laquelle je réponds.

tion de défendre cette méthode, et contre les attaques injustes dont elle est l'objet, et contre les écueils que pourraient faire naître ses partisans exclusifs. Le passage suivant suffira pour faire apprécier la justesse des assertions dont M. Robert a rempli sa lettre.

Bien que j'aie rendu pleine justice à M. Reybard, ainsi que mon Mémoire sur l'urétrotomie en fait foi, il entrait dans les plans de mon honorable contradicteur de faire croire que j'avais cherché, au contraire, à dénigrer cet ingénieux chirurgien.

J'avais dit que M. Reybard pratique sur les rétrécissements des incisions multiples, les unes superficielles, les autres profondes..... « Je ne sais, me répond M. Robert, où vous avez ramassé tous ces « détails : ils sembleraient prouver que les travaux récents de l'au- « teur vous sont complétement étrangers. Sachez une fois pour toutes « que M. Reybard ne fait qu'une seule incision au niveau du rétré- « cissement ;... que les incisions multiples que vous attribuez à « M. Reybard remontent à 1833, et que depuis longtemps elles ont « disparu de la pratique. »

Pour toute réponse à mon gracieux collègue, je me bornerai à l'engager à lire les observations publiées par M. Reybard lui-même, dans son ouvrage sur les rétrécissements de l'urètre. Ces observations ont été recueillies par l'auteur, de 1840 à 1852, et c'est dans ces observations qu'abondent les preuves écrites de l'exactitude de ce que j'ai dit. On serait tenté de croire que le rapporteur de la Commission d'Argenteuil n'a jamais lu le travail de M. Reybard, tant ce que M. Robert soutient aujourd'hui a d'étrange, en présence de faits si faciles et vérifiés. Ce que j'ai dit, je le maintiens donc pour très-exact. Que M. Robert, pour sortir de la fausse position où il s'est placé, et en homme qui cherche par tous les moyens à se justifier, explique à sa façon, commente, torture les faits, je le veux bien ; mais, dans ce cas, il faut se résigner à subir les conséquences de ses assertions.

Afin d'expliquer tant bien que mal les graves méprises qui frappent tous les yeux dans le rapport de M. Robert, j'avais dit que l'urétrotomie est encore peu répandue, peu étudiée, peu pratiquée et en dehors des habitudes de la chirurgie en général. A cela, mon judicieux collègue répond, avec l'urbanité qui le caractérise : « Sachez « que les hommes placés à la tête de la chirurgie des hôpitaux, à Pa- « ris et à Lyon, ont autant, et plus que vous, l'occasion de traiter les « coarctations urétrales, et de méditer sur la valeur des nombreux « moyens qu'on a imaginés pour les guérir. » Je ne suppose pas que mon savant confrère se sente la modestie de s'exclure de cette pha-

lange des hommes placés à la tête de la chirurgie des hôpitaux ; mais alors comment se fait-il qu'il émette et qu'il soutienne encore des opinions essentiellement erronées ? comment se trouve-t-il en si flagrante contradiction avec les résultats de l'expérience, aussi bien qu'avec le sentiment de ses collègues, placés également à la tête de la chirurgie des hôpitaux, qui faisaient partie de la Commission, et de ceux, en plus grand nombre, qui ont pris part à la discussion élevée dans le sein de la Société de chirurgie, et dont j'ai déjà parlé ?

J'aurais encore beaucoup de choses à relever dans la lettre de M. Robert, car tout y est exagéré, sinon fictif.

Il parle de l'obligation où il s'est trouvé de ne pas garder le silence en face de ma *critique*, et il reste cinq grands mois sous le coup de son indignation !

Suivant lui, j'aurais dû soumettre mes remarques à l'Académie lorsqu'il déposa son rapport. M. Robert *sait* parfaitement que je n'assistais point à la séance ; il *sait* aussi que c'est pour lui et à cause de lui que j'ai tant différé la publication de mes remarques (Bulletin, p. 443). Pourquoi venir dire aujourd'hui que ce retard est de mon fait ?

Dans quel but faire intervenir M. Syme, qui n'est pas en cause ? Si ce chirurgien avait eu besoin de mon assistance, elle ne lui aurait pas fait défaut ; mais il sait très-bien se défendre lui-même. Qu'on en juge par le passage suivant de sa réclamation à l'Académie, contre le rapport de M. Robert :

« Je n'ai pas concouru, dit l'habile chirurgien anglais ; la décision ne me concerne pas ; mais mon nom a été introduit dans le rapport ; l'on y a donné une idée fort erronée de mon opération... Je suis persuadé que les membres de l'Académie, lorsqu'ils sauront jusqu'à quel point ma méthode a été mal interprétée, n'hésiteront pas à l'affranchir d'un reproche qui, je crois pouvoir le leur démontrer, n'a pas le moindre fondement... » Puis il ajoute que le rapporteur de la Commission a commis une erreur d'anatomie.

En résumé, M. Robert n'avait aucun motif sérieux et avouable de m'adresser sa lettre ; elle ne change en rien le côté scientifique de la question, et mes remarques conservent toute leur force. Quant à leur forme, tous ceux qui les connaissent savent combien mon honorable confrère est mal fondé de s'en plaindre : je les ai écrites non par *fantaisie*, ainsi qu'il le dit, mais bien pour remplir un devoir que m'imposait la spécialité de mes études. J'ai rencontré sur mon chemin, en conformité de sentiment, MM. Gerdy, Rouvier,

Larrey, Ricord, Debout, Vidal, et presque tous les membres de la Société de chirurgie qui pensent, comme moi, que c'est un devoir de signaler les erreurs qui peuvent se glisser dans les actes d'une Société académique et dans la pratique de la chirurgie. Serait-ce parce que j'ai motivé mes opinions avec plus de force et de développement que M. Robert m'a pris à partie? CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Application nouvelle de la gutta-percha en chirurgie. — Plaques caustiques au chlorure de zinc.

La pratique, qui cherche dans l'apparition des produits industriels nouveaux des moyens d'action préférables à ceux qu'elle possède, n'a pas laissé passer l'introduction de la gutta-percha sans la soumettre à la coupelle de son expérimentation. Les propriétés physiques et chimiques spéciales à la nouvelle substance ont de suite indiqué quelques tentatives utiles. Ainsi, sa malléabilité à une basse température et son inaltérabilité au contact des produits de sécrétions de l'économie l'ont fait utiliser dans le traitement des fractures compliquées de plaies. C'est dans la confection des instruments de chirurgie que le progrès le plus remarquable semblait devoir se manifester. Malheureusement la falsification de la matière première, dans les contrées où on l'exploite, est venue détruire les espérances qu'avaient laissé concevoir les efforts ingénieux de quelques fabricants.

M. le docteur Manoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, vient d'appeler l'attention de ses collègues de la Société de chirurgie sur une application nouvelle de la gutta-percha. L'inaltérabilité de cette substance lui a suggéré l'idée de la combiner avec les sels caustiques déliquescents, spécialement le chlorure de zinc, pour en former: 1° des plaques plus ou moins épaisses, qu'on taille à volonté en lanières, en disques, en pointes, qu'on applique sur des plaies saignantes, ou qu'on introduit dans les fistules ou dans les tissus morbides qu'on veut cautériser profondément; 2° des cylindres destinés à remplacer, dans certains cas, le nitrate d'argent pour la cautérisation des bourgeons charnus dans les plaies, des granulations du col de l'utérus, des végétations caustiques.

Les succès obtenus dans les premières tentatives, avec les plaques au chlorure de zinc, ont porté ce chirurgien à tenter des essais avec des plaques dans lesquelles la gutta-percha est associée au charbon,

la limaille de fer, le sulfure de mercure, etc., etc. Ces combinaisons nous paraissent moins heureuses et appelées à rendre des services moins signalés que les premières. Leur action médicamenteuse sera bornée à la quantité de la substance qui se trouve à la surface de la préparation; elles agiront comme les plaques métalliques qui jouissent seulement de propriétés isolantes. Elles auront toutefois sur elles l'avantage de la malléabilité de la gutta-percha; ramollies par la chaleur, elles pourront être adaptées aux formes de la région sur laquelle siégent les plaies. Il n'en est pas de même lorsque la gutta-percha retient dans sa substance un corps déliquescent, l'exsudation est possible, et toute la quantité de caustique qui entre dans la composition de la plaque vient exercer son action sur les tissus de l'économie avec lesquels elle est en contact. En preuve, M. Manoury a placé sous les yeux de la Société de chirurgie deux tumeurs du sein qu'il venait d'enlever au moyen des plaques au chlorure de zinc. Ce chirurgien a promis de nous adresser les observations dès qu'elles seraient complètes, ne voulant pas séparer le procédé opératoire des résultats qu'il aura fournis.

La préparation de ces plaques est très-simple. Lorsque la gutta-percha est fondue, on y ajoute deux parties de chlorure de zinc, et l'on verse le mélange sur une plaque de marbre. Les plaques caustiques sont conservées dans des flacons pour l'usage.

M. Robiquet a eu l'idée de pulvériser la gutta-percha au moyen de la râpe et de la mélanger avec divers agents thérapeutiques, pour former des poudres médicamenteuses topiques. Nous attendrons, pour arrêter sur elles l'attention de nos lecteurs, que l'expérience ait démontré leur utilité pratique.

Formule nouvelle contre l'hémoptysie; association de la digitale et du seigle ergoté.

L'article de M. Aran sur la valeur des principaux agents employés contre l'hémoptysie, que nous avons publié récemment, vient de fournir à notre honorable confrère, M. Ed. Carrière, l'occasion de signaler l'association de deux agents qu'il a vu employer avec succès, dans les mêmes circonstances pathologiques, par M. le docteur Nahmias, médecin du grand hôpital de Venise. Voici la formule de cette préparation :

	Poids de Venise.	Poids français.
Poudre de digitale. . .	1/2 grain.	3 centigrammes 1/2.
Poudre de seigle ergoté.	2 grains.	14 centigrammes.
Sirop Q. S. pour une pilule.		

Pour avoir la formule en nombres ronds, nous proposons les doses suivantes :

Poudre de digitale.	0,70 centigrammes.
Poudre de seigle ergoté.	3 grammes.
Sirop Q. S. pour vingt pilules.	

On donne par jour 6 à 8 de ces pilules, suivant l'intensité de l'hémorrhagie ; il est rare, dit M. Carrière, que cette médication soit insuffisante.

« Les doses sont peu élevées, ajoute notre confrère, mais il faut moins considérer l'action isolée de chacun de ces agents que celle qui doit résulter de leur association. Le nitre est loin d'agir comme le seigle ergoté ; réuni à la digitale et à haute dose, il produit une sédation profonde dans le système circulatoire, et c'est tout. Le seigle ergoté remplit un autre rôle, sans analogie avec celui du médicament auquel il est associé, c'est ce qui fait son mérite. Par les contractions qu'il opère aux extrémités capillaires, il oppose une digue, ou, pour mieux dire, un obstacle vital à l'effort du sang, ralenti dans sa marche et modéré dans son effet d'impulsion. Les meilleures formules en thérapeutique sont celles dont les éléments se servent mutuellement de complément en réunissant, dans des proportions convenables, des moyens d'ordre dissemblables. Je tiens pour bonne la formule de M. Aran, mais je tiens pour meilleure celle que je viens de faire connaître. »

Nous nous rangerons à l'opinion de M. Carrière, lorsqu'il aura, 1° essayé la poudre de digitale seule et à dose contenue dans la formule qu'il préconise, 25 à 30 centigrammes ; 2° expérimenté comparativement l'association du nitrate de potasse et celle du seigle ergoté à la digitale. En thérapeutique, la parole est aux faits.

Remarques sur le mode de préparation du lactate de manganèse proposé par M. Bertram.

Dans notre dernier numéro (p. 408), nous avons enregistré, comme une nouvelle acquisition pharmaceutique, le lactate de manganèse, et signalé, d'après le Buchner's Neues Repertorium, le mode de préparation que proposait M. Bertram. M. Burin du Buisson nous prie de rectifier cette assertion. En effet, cet habile pharmacien, dans un Mémoire qu'il a publié en 1852 sur l'existence du manganèse dans le sang, décrit le procédé qu'il met en usage pour préparer, non-seulement le lactate de manganèse, mais encore le lactate double de fer et de manganèse. Le lactate de fer est obtenu par le procédé de M. Burin du Buisson, en décomposant le lac-

tate de chaux par le sulfate de manganèse, d'où il résulte du lactate de manganèse et du sulfate de chaux *insoluble*. M. Bertram emploie le lactate de soude, qui donne du sulfate de soude, *sel soluble ;* son procédé donne donc un lactate de manganèse, qui retient du sulfate de soude à moins de lavages répétés à l'alcool, procédé fort dispendieux. Cette simple remarque prouve que le mode de préparation indiqué par notre compatriote l'emporte de beaucoup sur celui que préconise le chimiste allemand.

Le lactate de manganèse pur doit être en plaques cristallines roses et non en poudre ; il peut même être obtenu en cristaux dont M. Burin du Buisson a déterminé la forme : « Ce sont des prismes rhomboïdaux obliques, modifiés sur leurs arêtes latérales aiguës par une facette ; deux autres facettes existent sur les angles obtus. » (Bulletin de l'Académie de médecine, avril 1852.) Cette description, nous avons pu en vérifier la justesse sur les échantillons qui se trouvent exposés dans la section des produits pharmaceutiques du Palais de l'Industrie. Nous y avons vu également un citrate, un tartrate de protoxyde de manganèse, et même un bromure manganeux. Le belle préparation de ces produits nouveaux a valu à leur auteur une médaille d'honneur de deuxième classe.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Procédé très-simple pour l'opération du phimosis.

Un article d'une des dernières livraisons du *Bulletin de thérapeutique*, sur l'opération du phimosis, me rappelle un procédé pour la même opération, que j'ai imaginé et mis à exécution il y a dix-sept ans, en 1838, sur un jeune homme de vingt-cinq ans, pour lequel une étroitesse et une longueur anormales congéniales du prépuce étaient une source d'incommodités très-désagréables. Ce mode opératoire est tellement simple, que je suis étonné de ne point le trouver mentionné dans plusieurs traités de chirurgie que j'ai consultés pour m'éclairer sur ce point. Loin de moi l'idée d'avoir inventé ce procédé : nécessairement, vu son extrême simplicité, quelqu'un doit l'avoir employé avant moi ; mais je n'ai point le temps de faire les recherches nécessaires pour trouver à qui appartient la priorité. Je laisse à d'autres ce soin, en vous priant, mon cher confrère, de vouloir bien donner place dans vos colonnes à la description suivante du manuel opératoire qui s'applique à une espèce de phimosis très-fréquente, celle où le prépuce est parfaitement normal dans toute son éten-

due, seulement trop étroit à son orifice et plus long qu'à l'ordinaire.

Voici comment je procédai dans le cas en question. Je saisis le prépuce, entre le pouce l'index de la main gauche, par la partie antérieure et supérieure de son bord libre, et j'introduisis, entre sa face interne et la surface du gland, la branche mousse et terminée en bouton olivaire d'une paire de ciseaux fins et droits. En rapprochant brusquement les deux branches, je fis au prépuce, dans la ligne médiane de sa partie supérieure, une incision droite qui, en divisant ses deux feuillets, le séparait en deux moitiés latérales. Je fixai d'abord la moitié gauche entre le pouce et l'index de la main gauche, et, après avoir exactement affronté le bord libre du feuillet externe et du feuillet interne du prépuce, je les traversai tous les deux à la fois, à deux millimètres environ des lèvres de la plaie et à cinq ou six millimètres de la couronne du gland, avec une aiguille munie d'un double fil ciré; je fis un nœud que je serrai modérément, de manière à réunir parfaitement les deux lames du prépuce et à les empêcher de s'écarter l'une de l'autre. Je mis un second point de suture de la même manière, à cinq ou six millimètres de distance, au-dessus du bord libre du prépuce, et deux points de suture tout à fait semblables sur les lèvres de la plaie de l'autre moitié de ce pli membraneux. De cette manière, je prévins entièrement la rétraction inégale de ses deux feuillets. Pour tout pansement, la partie antérieure de la verge fut enveloppée d'une légère compresse enduite de cérat. Le quatrième jour, je coupai les fils et je les retirai. Les bords libres des deux feuillets du prépuce étaient parfaitement soudés, et la guérison fut prompte et complète. L'angle supérieur de la division s'effaça et s'arrondit peu à peu. Aujourd'hui (j'ai revu le malade pour la dernière fois il y un an), le prépuce est capable de recouvrir en entier le gland, mais le laisse à découvert le plus souvent; son bord libre forme une large ouverture, à peu près circulaire et oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Toute incommodité, toute gêne a cessé depuis l'opération.

En me rappelant combien la guérison fut lente, après une opération semblable faite par Sanson, selon le mode ordinaire, dans des circonstances tout à fait analogues et avec son habileté connue, sur un enfant de dix ans que je lui avais confié, et surtout combien chaque pansement était douloureux, je m'étonne de ne pas voir plus généralement suivie la méthode que je viens de décrire.

L'application des serres-fines, qui n'étaient pas encore inventées à l'époque où je pratiquai cette opération, doit la faciliter et la simplifier considérablement. Dr Sichel.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par C. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, et L. Gosselin, agrégé libre, et ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, membre de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, etc.

MM. Denonvilliers et Gosselin poursuivent avec la sage lenteur que commande toute œuvre sérieuse la publication de leur Encyclopédie chirurgicale, à laquelle ils ont donné le modeste titre de *Compendium*. Déjà nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur cette vaste et savante composition, et peut-être un jour y reviendrons-nous encore, quand nous pourrons embrasser dans toute son étendue l'œuvre savante et éminemment pratique de ces deux chirurgiens, dont l'autorité est acceptée de tous : en attendant, qu'on nous permette de jeter un coup d'œil rapide sur un fragment détaché du *Compendium de chirurgie*, et qui, dans notre opinion, résume admirablement les notions positives qui, dans l'état actuel de la science, se rattachent à l'ophthalmologie.

Nous n'avons point ici à prendre couleur dans la querelle des spécialistes et des encyclopédistes; en matière de science comme en matière de littérature, tous les genres sont bons, hors le genre ennuyeux. Seulement, nous ne le dissimulerons pas, il n'est pas sain pour la science, ni même pour l'art de laisser exclusivement aux mains des spécialistes une partie plus ou moins importante de celle-ci. Non certainement que nous prétendions qu'une intelligence d'élite, s'appliquant uniquement à l'étude d'un certain nombre de questions, ne puisse creuser plus profondément ces questions, en avancer par conséquent à un certain point de vue la solution; mais ce progrès a une limite, et cette limite ne peut être reculée que par des hommes dont l'œil est habitué à interroger un plus vaste horizon; et puis l'homme est ainsi fait, que tout en se renfermant dans un cercle restreint, il aspire incessamment à en sortir; et s'il s'y confine par préférence d'esprit, ou par quelque calcul d'un ordre moins élevé, il demande à l'imagination le secret de ses illusions pour s'abuser lui-même. Voyez, par exemple, ce que nous ont invariablement débité pendant de longues années un bon nombre d'ophthalmologistes sur plusieurs ophthalmies, dites *spécifiques* : ce qu'il y a de réel en tout ceci se trouve-t-il dans l'observé ou dans

l'observateur ? dans la lunette ou dans l'objet auquel elle s'applique ? Cette question est assurément résolue aujourd'hui ; et tous les esprits non prévenus savent à quoi s'en tenir sur ces distinctions subtiles, à la faveur desquelles on avait fait je ne sais plus combien d'ophthalmies : le fait est que maintenant on ne discute guère plus sur ces choses que sur les taches de la lune : la vérité ne se rêve plus.

Rien qu'à considérer de ce point de vue la question à laquelle nous venons de toucher, MM. Denonvilliers et Gosselin ont donc fait une chose utile, non-seulement en traitant largement de l'ophthalmologie dans leur vaste répertoire chirurgical, mais encore en en détachant cette monographie pour en faire une publication à part et plus à la main des praticiens. Ils ont satisfait à la première condition que leur imposait leur tâche difficile, en étudiant les maladies propres de l'œil, et en discutant les bases de la thérapeutique qui leur est applicable, suivant les principes qui commandent la pathologie et la thérapeutique en général ; ils ont satisfait à la seconde en faisant de cette monographie une monographie complète, où rien de ce qui intéresse réellement la pratique n'est négligé, n'est omis. Il nous serait facile de justifier cette appréciation qui ne pourrait paraître suspecte de partialité qu'à ceux qui ignorent quel soin scrupuleux MM. Denonvilliers et Gosselin apportent dans l'exécution de leurs travaux scientifiques. Il nous serait facile, disons-nous de justifier cette appréciation en reproduisant le cadre dans lequel ils ont développé leur intéressante monographie : nous nous priverons de ce plaisir facile, et nous nous contenterons de quelques remarques, qui montreront mieux l'originalité du livre et le caractère éminemment pratique qui le distingue.

Une première remarque, que nous avons faite en parcourant le Traité théorique et pratique des maladies des yeux, c'est que ce livre est semé de réflexions judicieuses, puisées aux sources de la science générale, et qui de suite vous prouvent que vous avez affaire, non à des oculistes, mais à des médecins. Si vous voulez vous édifier immédiatement sur ce point, lisez les considérations générales qui précèdent la section consacrée aux inflammations oculo-palpébrales. Voilà de la vraie et bonne science : étiologie du mal, caractéristique de l'affection, lésion purement locale, ou écho inexpliqué de l'organisme souffrant, diagnostic, traitement, tout est tracé de main de maître, et témoigne hautement de l'esprit à la fois judicieux et savant des habiles chirurgiens. Là, toutes les parties de l'œil ne sont point émiettées, comme le fait l'anatomiste, pour en

étudier la structure intime; toutes ces parties sont considérées suivant ce que les fait la vie qui les anime, c'est-à-dire comme solidaires les unes des autres, et compatissantes, si j'osais employer ce mot dans son sens littéral, à des degrés divers. Les déterminations morbides n'en sont pas moins rigoureusement reconnues, mais elles ne sont telles le plus ordinairement que par le fait de la prédominance d'un ou plusieurs de ces éléments dont se compose la maladie. Écoutez un instant les auteurs eux-mêmes, et si vous les avez bien compris, nous nous persuadons que, comme nous, vous partagerez entièrement leur opinion : « Ces termes de conjonctivite, de kératite, d'iritis, de rétinite, etc., ne doivent pas être pris dans un sens trop rigoureux; ils ne signifient pas l'inflammation exclusivement bornée à la conjonctive, à la cornée, à l'iris, à la rétine, etc., mais bien une affection dans laquelle la conjonctive, la cornée, l'iris, la rétine, etc., est le point de départ, le foyer principal des actions morbides, la partie dont les lésions fournissent les principales indications curatives, et vers laquelle doivent être surtout dirigés les moyens de traitement. » Encore un coup, là est la vérité, elle n'est point ailleurs.

Tout ce qui a trait à la thérapeutique, dans ce remarquable ouvrage, nous l'avons dit, est aussi bien, aussi largement et aussi judicieusement traité que la pathologie proprement dite. En vue de nous édifier de suite nous-même sur ce point, nous avons, en ouvrant le livre, couru aux chapitres où la méthode substitutive a reçu les plus grands développements. Ici encore MM. Denonvilliers et Gosselin ont répondu à notre attente : partisans éclairés de cette méthode, mais sans fanatisme, ils l'ont parfaitement saisie, et ont semé leur ouvrage de préceptes judicieux, pour en remplir sagement l'emploi. Ainsi, pour eux, le nitrate d'argent, sous une forme ou sous une autre, n'est pas l'unique moyen de combattre un certain nombre de phlegmasies oculo-palpébrales. Ils graduent leur ectotrisme, et proportionnent l'agent substitutif à l'âge de la maladie, à la sensibilité des sujets; ils y renoncent même quelquefois complétement. Ils ont également recours aux antiphlogistiques directs ou indirects, voire même aux révulsifs cutanés. A propos de ces derniers, nous avons voulu savoir ce que pensent MM. Denonvilliers et Gosselin du séton, ce monstre imprévu, contre lequel un illustre professeur de la Faculté vient de faire tonner la grosse artillerie de son éloquence. Eh bien! MM. Denonvilliers et Gosselin pensent comme tout le monde à cet égard, et croient que le séton est une forme de la méthode révulsive, et qu'il trouve son application dans un cer-

tain nombre de eas de maladies oculaires. Puisque cette fameuse discussion nous revient en mémoire, qu'on nous permette d'en dire un seul mot. Ici, dans ce petit coin, dans un aparté avec nos paisibles leeteurs, nous n'aurons point à craindre les éclaboussures de l'éloquenee facile, trop facile de M. Malgaigne. Suivant nous, on émiette trop souvent les questions à l'Académie. M. Bouvier, en posant eelle des petits sétons, a erré comme tout le monde. Que les sétons soient faits de fil gros ou fin, c'est là une question de eouturière, et qui ne méritait guère d'occuper plus d'une heure l'Aeadémie. D'un autre côté, mettre en doute l'efficacité des sétons, dans les cas qui les appellent, c'était mettre en doute l'efficacité de la méthode révulsive. C'était done cette méthode tout entière, et sous toutes les formes, qu'il fallait discuter. Maintenant cette méthode a-t-elle été discutée? Non; et M. Malgaigne a fait, comme toujours, du paradoxe avec infiniment d'esprit et de science; mais il n'a rien fait de plus : son discours passera comme toutes les fleurs du monde, et le séton restera.

Nous demandons pardon à nos lecteurs de nous être laissé aller à cette digression; mais elle n'est pas si hors de propos qu'elle le paraît. Désapprouver, tout en l'admirant, l'homme qui dépense les trésors de son esprit et de sa science en faveur du paradoxe, c'est eneore faire l'éloge des esprits justes et droits, qui ne mettent que du bon sens et de la raison au service de la scienee qui en demande le plus, c'est encore faire l'éloge du livre de MM. Denonvilliers et Gosselin, dont ehaque page porte l'empreinte de ce préeieux caractère.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acétate de plomb. *Son usage topique contre la tumeur lacrymale.* Après avoir fait tomber l'inflammation du sac par les applications de sangsues, etc., M. Quaglino combat la sécrétion morbide par le traitement suivant : après avoir vidé le sac lacrymal au moyen d'une douce pression, il porte avec un petit pinceau humide, sur l'angle interne de l'œil, au voisinage des points lacrymaux, 5 centigrammes environ d'acétate de plomb neutre, une ou deux fois par jour. Le sel ne tarde pas à être dissous par les larmes et à former un véritable collyre qui, transmis par les conduits lacrymaux dans la cavité interne du sac, en modifie de la manière la plus avantageuse la membrane muqueuse, et, par suite, la sécrétion anormale. Ce traitement est continué jusqu'à ce que l'écoulement purulent ou séro-purulent du sac ait entièrement cessé. Dans aucun cas, ce médecin n'a eu de récidive. (*Arch. belges de méd. militaire*, 1855.)

Angioleucite traumatique (*Bons effets de l'emploi des toniquess dans un cas d'*). Combien est trompeur le mot d'inflammation appliqué à des états morbides semblables dans leurs grossières apparences extérieures et si dissemblables au fond! Ces quatre phénomènes, que l'on rattache

au travail inflammatoire, et qui en constituent certainement le fond principal, sont loin cependant de se lier toujours aux mêmes considérations pathogéniques et de réclamer le même traitement. On se place en effet trop souvent à ce point de vue que le travail inflammatoire se montre principalement chez des sujets forts, robustes, pléthoriques. Il en est peut-être ainsi dans certaines conditions d'existence, parmi certaines populations agricoles; mais, dans nos grandes villes, il y a peut-être plus d'inflammations ou d'états ainsi dénommés chez des sujets anémiques ou affaiblis, survenant dans le cours ou à la fin des maladies débilitantes, que d'inflammations survenant dans des conditions opposées. Il suit de là que plus souvent qu'on ne pense le traitement des inflammations ne doit pas être antiphlogistique, et surtout qu'on ne doit pas avoir aussi généralement recours aux émissions sanguines que beaucoup de médecins le font encore de nos jours. Le quinquina, les préparations ferrugineuses, le vin, une alimentatiun tonique et suffisante peuvent être administrés non-seulement sans crainte, mais encore avec avantage, chez des malades affectés d'inflammations véritables et des plus exquises même, pour nous servir de l'expression des anciens. Tout est évidemment dans la période de la maladie et dans la nature des accidents. Autant il serait dangereux de donner des toniques dans la période d'augmentation d'une maladie inflammatoire, autant leur emploi est utile et indiqué, autant l'alimentation est utile, indispensable même lorsque ce premier feu est calmé et que l'économie doit travailler à la réparation des désordres accomplis dans l'organisme, à la résorption des matériaux épanchés. De même, certains états inflammatoires superficiels qui ne poussent pas de profondes racines dans l'organisme, les inflammations cutanées, par exemple, certains érythèmes, l'érysipèle, sont combattus, à moins de circonstances spéciales, plus avantageusement par d'autres moyens que par les émissions sanguines et les débilitants. A plus forte raison, lorsque ces mêmes accidents surviennent dans des conditions de débilitation extrême, à la suite de maladies chroniques, de suppurations prolongées. Nous empruntions, il y a quelque temps, aux journaux anglais, un traitement de l'érysipèle par le perchlorure de fer à l'intérieur, qui rentre évidemment dans les conditions qui précèdent. Nous trouvons également, dans un des derniers numéros de la Lancette anglaise, un fait très-intéressant d'angioleucite, suite d'une opération de hernie étranglée, dans laquelle on s'est contenté d'applications émollientes et astringentes sur les parties malades, en même temps que les forces du malade étaient soutenues par une bonne alimentation, l'emploi du vin, du sulfate de quinine, etc.; et les accidents ne s'en sont pas moins comportés très-simplement et la guérison a été très-rapide. Ce sont là sans doute des préceptes qui commencent à être familiers aux médecins et aux chirurgiens de notre époque, mais qu'il convient cependant de rappeler quelquefois pour que la génération médicale qui s'élève ne les perde pas de vue.

Cautères *à demeure; leurs bons effets dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles.* M. Em. Chauffard, d'Avignon, vient de fournir une série d'observations intéressantes, à l'appui de la valeur thérapeutique des exutoires à demeure. En 1851, 1852, 1853 surtout, un grand nombre de militaires s'arrêtaient dans l'Hôtel-Dieu d'Avignon, revenant d'Afrique et renvoyés en France pour y trouver la guérison des fièvres intermittentes rebelles. Tous ces soldats racontaient à peu près la même histoire : depuis un an ou plus, des accès de fièvre, soit quotidienne, soit tierce ne les avaient pour ainsi dire plus quittés ; ils obtenaient par le sulfate de quinine un repos de dix à quinze ou vingt jours, mais rarement ce dernier terme, et puis la fièvre revenait aussi forte ; encore du sulfate de quinine, et ainsi de suite, en sorte que la plupart avaient consommé des doses énormes de ce fébrifuge. Une médication tonique, basée principalement sur le fer et le quinquina, l'usage abondant du lait, le repos au lit, et même le changement de climat ne s'opposèrent en rien au retour de ces fièvres. M. Chauffard eut l'idée d'agir contre l'affection de la rate. Produit de la fièvre, l'engorgement hypertrophique de cet organe pouvait être la cause principale de ces retours et entretenir l'anémie externe de ces malades. Il résolut donc d'agir sur le centre de l'appel morbide, en plaçant autour de la rate trois, quatre et cinq cautères, suivant les cas, et recommandant toujours qu'ils fussent larges et profonds. Le succès dépassa

son attente. « Dès que la suppuration commença à s'établir, dit-il, l'aspect des malades changea; les yeux reprirent de l'expression et de l'éclat; la peau recouvra peu à peu la teinte brune et colorée de nos soldats; l'appétit se réveilla vivement; l'envie de fumer reparut; la fièvre s'éloigna de plus en plus. En même temps que les accès se faisaient très-rares, chacun était très-notablement diminué, si bien même que plusieurs malades refusaient d'y voir un véritable retour de fièvre. Une faible dose de sulfate de quinine l'enrayait solidement. Enfin, après un ou deux légers retours, la guérison définitive paraissait établie, et des malades quittèrent l'hôpital sans avoir eu de nouveaux accès depuis trois mois. La rate diminua progressivement de volume, et quelquefois même elle avait entièrement repris, après deux ou trois mois, son volume et sa position normale. J'employai dès lors cette pratique sur tous les militaires qui revenaient d'Afrique, atteints de ces fièvres rebelles que j'ai signalées ci-dessus; et l'amélioration, à part de légères différences, se manifesta franche et rapide chez tous. Lorsque l'état général moins gravement dessiné et la rate moins volumineuse me laissaient espérer qu'un vif coup de fouet suffirait à ranimer les forces et à échauffer la tuméfaction spléniquo, j'appliquai sur toute la région correspondante au viscère engorgé un très-large vésicatoire; je fis saupoudrer avec un gramme de sulfate de quinine le pansement, qui fut appliqué sur le derme dénudé. Le résultat fut souvent décisif et la résolution prompte dans l'hypocondre gauche. (*Gazette hebd.*, novembre.)

Cautère (*Névralgie de la grande lèvre guérie par l'emploi d'un*). En multipliant les faits qui témoignent des bons résultats thérapeutiques des suppurations prolongées, nous n'avons pas seulement pour but de montrer combien l'agression de M. Malgaigne contre les exutoires à demeure est peu fondée; chacun de ces faits a sa valeur pratique, témoin l'observation suivante de M. le docteur Pouget, de Bordeaux. En 1814, une dame des plus honorables familles de Toulouse vint à Montpellier consulter Delpech pour une névralgie de la grande lèvre droite, dont elle souffrait depuis plusieurs années, par crises de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochées. Elle avait consulté un grand nombre de notabilités médicales. Les antispasmodiques, les antiphlogistiques, les eaux thermales, etc., avaient été employés sans succès. Delpech avait pour principe, dans ces sortes de cas de névralgie rebelle à toutes les médications générales et locales, que la dernière ressource était dans la destruction, par le cautère actuel, de la portion du nerf malade, si on pouvait l'atteindre, en même temps qu'on produisait une assez longue suppuration *loco dolenti*. Pour remplir cette double indication, Delpech traversa la grande lèvre, le plus près possible de la base, avec un séton, fait au moyen d'un cautère actuel en langue de carpe. La suppuration fut entretenue pendant plus d'un mois, et cette malade quitta Montpellier complétement guérie. M. Pouget a revu cette dame plusieurs années après; elle n'avait éprouvé aucune rechute. Notre confrère cite d'autres cas de névralgies sous-orbitaires et mentionnières, traitées avec le même succès. La pratique d'André, de Versailles, que nous avons signalée récemment, nous dispense d'insister davantage sur ces faits. (*Union méd.*, novembre.)

Ectropion; *son traitement par la ligature sans excision du lambeau.* Cette méthode, indiquée d'abord par M. Gaillard, a donné au professeur Rau des résultats bien plus satisfaisants que les autres. Elle consiste à passer de haut en bas, dans les tissus de la paupière, une ligature assez profonde pour embrasser des fibres du muscle orbiculaire. Le moyen le plus certain pour obtenir ce résultat est de saisir avec une pince à torsion un pli de la peau, aussi épais que possible, et de le traverser à sa base par l'aiguille. Cette ligature doit être fortement serrée. M. Rau place la ligature à une ligne du bord du cartilage tarse et à l'endroit où le renversement de la paupière est le plus considérable; il ne s'est jamais vu forcé d'appliquer plus de trois fils. Quant à la distance qu'il faut laisser entre l'ouverture d'entrée et l'ouverture de sortie du fil, il la fait dépendre du degré de renversement. Il n'a observé que deux récidives sur dix-huit malades traités de cette manière; la première se montra après deux ans, l'autre au bout d'un mois. Dans un cas seulement, le résultat fut insuffisant. (*Arch. für ophth.* et *Gaz. hebd.*, octobre.)

Exostose *éburnée du maxillaire inférieur.* — *Résection de la moitié de l'os.* — *Guérison.* La plupart des cas de résection du maxillaire inférieur consignés dans la science, à part les faits de cancer, ont trait à des kystes osseux. M. le docteur Forget a présenté à la Société de chirurgie un jeune homme de vingt-trois ans, chez lequel cette grave opération a été nécessitée par un produit pathologique d'une autre nature. La tumeur, du volume d'un œuf de dinde, était constituée par une masse osseuse, éburnée, occupant une vaste excavation étendue à toute la portion horizontale et un peu à la branche gauche de l'os maxillaire. Depuis deux années, cette production anormale avait suscité, dans l'os et les parties environnantes, un mouvement phlegmasique, et, par suite, un gonflement de tout ce côté de la face. Il existait autour de la base de l'os plusieurs trajets fistuleux ossifluents; la peau, violacée, amincie, faisait craindre qu'en différant l'opération on ne trouvât les tissus qui devaient former le lambeau dans des conditions peu favorables; ajoutons qu'il existait un engorgement notable des ganglions sous-maxillaires, et que la langue, refoulée du côté opposé par la tumeur, était déjà sensiblement gênée dans ses mouvements. Dans le procédé opératoire, nous relèverons encore une particularité qui a son importance, en raison de la région de la tumeur. M. Forget s'est borné à inciser les parties molles, depuis le point situé au-devant du lobule de l'oreille jusqu'à un centimètre de la saillie du menton, en suivant la base de l'os, sans faire porter le bistouri sur la face. Ce vaste lambeau étant séparé du maxillaire, à l'aide de deux traits de la scie à chaîne, la tumeur fut séparée du corps du maxillaire puis des parties profondes qui constituent le plancher de la bouche, à l'aide du bistouri. Cela fait, quelques ligatures furent pratiquées et la plaie réunie par seize points de suture entortillée. La cicatrisation était complète au bout de dix jours. Lorsque le malade fut présenté, la cicatrice était linéaire; grâce à sa direction, le visage n'avait éprouvé aucune déformation. Le jeune homme mangeait facilement avec la moitié droite de la mâchoire, la partie gauche était remplacée par un plan fibro-plastique assez solide, qui reliait les deux parties de la branche réséquée. Cette disposition se prononcera chaque jour davantage et finira par rendre au mouvement de la mâchoire une solidité qu'une semblable mutilation semble devoir faire disparaître pour jamais. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, tome V, 1855.)

Fistule *d'origine dentaire*; *nouveau moyen de diagnostic.* Une dame portait depuis un an une plaie fistuleuse à la fossette du menton. Des injections, des pommades, des cataplasmes avaient été inutilement employés. M. Pagello, appelé après ce laps de temps, émit le doute que la plaie fistuleuse, qui distillait constamment un pus inodore et de bon caractère, pouvait avoir sa raison d'être dans la carie de quelque dent incisive; mais, à ce doute, la malade répondit en montrant ses dents parfaitement blanches, n'ayant jamais été affectées de douleurs, et indolentes lorsqu'on les percutait une à une. Le cathétérisme de la fistule donnait une sensation de rugosité osseuse et de carie, faisait saigner facilement et était très-sensible. Un savant chirurgien, dont M. Pagello prit l'avis, pensa qu'un point de la mâchoire était affecté de carie et qu'on devait user des injections détersives, et, au besoin, du fer rouge. Ces moyens étant restés sans effet, M. Pagello revint à sa première idée d'une carie dentaire comme cause première de la fistule. Pour s'assurer de la justesse de son diagnostic, il traita le trajet fistuleux avec des injections de décoction de garance (*Rubia tinctorum*) : en peu de jours la dent incisive placée au-dessus de la fistule rougit vivement; il en fit l'extraction, et en trouva la racine cariée. Le trajet fistuleux guérit parfaitement en peu de temps. (*Giorn. Ven. di sci. med.* et *Gaz. médic.*, nº 25, 1855.)

Ictère (*Emploi de l'albumine de l'œuf dans le traitement de certaines formes d'*). Combien de faits importants gisent perdus dans l'obscurité des bibliothèques et des livres oubliés! Combien de médicaments, de moyens même vulgaires qui possèdent une activité donnée, susceptible de rendre des services dans certains cas déterminés, et dont cette activité reste sans emploi ou sans application, parce qu'elle est cachée au milieu de choses moins importantes, qui en ont fait méconnaître la valeur! C'est ce qui a eu lieu, à ce qu'il paraît, pour l'emploi thérapeutique du blanc d'œuf dans le cas d'ictère. Déjà, au dernier siècle, Ch. White, dans son ouvrage sur le traitement des femmes enceintes et des femmes en couches, avait raconté qu'atteint lui-même d'ictère depuis plu-

sieurs semaines et traité sans succès par le savon, l'aloès, la rhubarbe et le fer, un officier de marine lui promet de le guérir, et le guérit en effet en très-peu de temps, par un moyen extrêmement simple. Or ce moyen, que cet officier tenait d'un médecin espagnol de l'île de Minorque, consistait à avaler tous les matins, à jeun, deux œufs crus, blanc et jaune, dans un verre d'eau, et à répéter cette administration, mais avec un seul œuf, toutes les quatre heures. En trois jours, comme White le vérifia sur lui-même, la bile réparaissait dans les garde-robes et depuis six semaines elles étaient complétement décolorées chez lui. White continua l'emploi des œufs crus pendant plusieurs mois. Depuis cette époque, il recommanda ce moyen à beaucoup de malades qui s'en trouvèrent tous très-bien, sauf ceux chez lesquels l'ictère était dû à la présence de calculs biliaires.

C'est à cette assertion de White que se réduit à peu près le témoignage historique en faveur de l'albumine de l'œuf dans l'ictère. Mais un médecin de Gœttingue, M. Gieseler, est arrivé à recommander l'albumine dans les mêmes circonstances, en se fondant sur la physiologie. Les expériences de Claude Bernard montrent en effet que l'albumine n'est assimilable que par l'intervention des fonctions du foie. De là à conclure que l'albumine pouvait être un excitant convenable pour le foie, il n'y avait évidemment qu'un pas, et M. Gieseler en a déduit encore ces deux conclusions : 1° que dans les inflammations du foie, il faut éviter avec soin les aliments gras et *à fortiori* les aliments albumineux ; 2° que dans le cas de torpeur des fonctions de cet organe, nous avons dans l'albumine un remède capable de stimuler cet organe à un accroissement d'activité ; autrement dit, dans l'opinion de M. Gieseler et d'après les expériences de ce médecin, l'albumine de l'œuf serait un cholagogue et un cholagogue supérieur à tous les autres, dont l'action est si incertaine. Telle est la simplicité de ce moyen que nos confrères sauront bientôt sans doute à quoi s'en tenir sur sa valeur réelle. (*Zeitschrift für Ration. med.*)

Saignées locales *dans l'inflammation chronique de l'utérus.* Cette inflammation, d'après M. Duncan, est plus commune qu'on ne pense ; elle seule rend compte de la leucorrhée avec constipation, douleurs de reins, procidence utérine, sensation de pesanteur à l'hypogastre, que tant de femmes éprouvent. En expliquant ces symptômes par des exulcérations, des fongosités, des granulations de l'orifice, ou même par une inflammation bornée au col, on se fait une illusion singulière et l'on prend un effet ou une partie de la cause pour la cause elle-même, à savoir la métrite du corps. Les évacuations sanguines locales sont le remède le plus efficace de cet état. Pratiquées aux reins ou à l'hypogastre et même au périnée, elles agissent comme la saignée générale. Or, les malades étant, en général, affaiblies, énervées, il importe, lorsqu'une saignée est indiquée chez elles, de la pratiquer le plus directement possible sur l'organe enflammé ; car de cette manière une quantité déterminée de sang évacué produit un effet curatif plus prononcé que si on la soustrayait à une partie plus ou moins éloignée. C'est donc sur le col de l'utérus qu'il faut opérer. Le spéculum est nécessaire pour appliquer commodément les sangsues, les faire mordre sur le col et non sur le vagin, et enfin les extraire facilement. Vu l'état général, vu le saignement abondant qui a lieu quelquefois par les piqûres sur le museau de tanche, deux sangsues, quatre au plus, suffisent ordinairement pour une évacuation sanguine indiquée seulement par un état phlegmasique de moyenne intensité. Comme un suintement sanguin est bien préférable à une hémorrhagie brusque, il vaut mieux se contenter d'un petit nombre de sangsues, favoriser le saignement par des applications chaudes sur l'hypogastre, et tenir la femme couchée pendant un jour ou deux. Parfois, surtout dans la métrite chronique, la fluxion vasculaire dont s'accompagne chaque époque cataméniale ramène la congestion utérine, de sorte que l'état de la malade se trouve à peu près régulièrement aggravé par chaque période. On se trouve bien, dans ces cas, de réitérer l'évacuation sanguine vers le milieu de l'intervalle qui sépare les périodes menstruelles. Nouveau et puissant motif, aux yeux de l'auteur, pour engager le praticien à n'appliquer chaque fois qu'un nombre restreint de sangsues. C'est au tact du médecin à juger de l'époque où il convient d'opérer cette soustraction sanguine locale. Lorsqu'il y a dysménorrhée, avec douleurs vives au retour de chaque époque menstruelle, on peut mettre les sangsues immédiatement avant, afin de régulariser la fonction.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est peu de temps après que les règles sont terminées qu'on se trouve bien de faire cette petite opération. (*Monthly Journ. of med.* 1855.)

Serres-fines (*Plaie de la bouche; lambeau de muqueuse flottant; application heureuse des*). Voici un nouveau fait qui témoigne de l'utilité incontestable de ces ingénieux instruments. Un enfant de quatre ou cinq ans fait une chute; la face vient porter violemment sur le robinet d'une fontaine. Quand on le relève, la bouche est toute ensanglantée; la commissure gauche offre une éraillure visible à l'extérieur, formant le sommet d'une plaie triangulaire, comme mâchée à l'un de ses angles, qui se prolonge horizontalement à la face interne de la joue. La hauteur du triangle est de 2 centimètres et demi, et sa base de 5 à 6 millimètres Cette plaie résulte de l'arrachement d'un lambeau de muqueuse qui est resté adhérent à la base de la plaie et qui pend dans la bouche. Près de quatre heures s'étaient écoulées, lorsque M. Dechambre vit le petit malade. La plaie avait été lavée par la mère avec du vin tiède. L'hémorrhagie ne s'était arrêtée qu'au bout de deux heures, sans doute entretenue par ces lotions. La face était pâle et le pouls petit et dépressible. Dans un cas de ce genre, avant l'invention des serres-fines, il n'y avait que deux partis à prendre : ou retrancher le lambeau, abandonner la plaie au travail des plaies exposées et laisser une cicatrice se former dans la bouche; ou rattacher le lambeau par des points de suture, ce qui constitue une opération de quelque importance. Avec des serres-fines embrassant toute l'épaisseur de la joue, rien n'a été si simple que d'obtenir la coaptation de la portion de muqueuse détachée et son adhésion immédiate. Une forte serre-fine fut appliquée vers le milieu de la longueur du lambeau, une plus faible près de la commissure. L'enfant a été surveillé pendant trente heures, avec la précaution d'attacher ses bras aux côtés du lit dès qu'il s'endormait. Au bout de ce temps, les serres-fines furent enlevées; la réunion était complète. (*Gaz. hebd.*, novembre.)

VARIÉTÉS.

La rentrée solennelle et la distribution des prix de la Faculté ont eu lieu le 19 novembre, avec la pompe accoutumée. Le sujet du discours était l'éloge de M. Roux; ce discours a été prononcé par M. Malgaigne. L'éloquent professeur était là sur un terrain qui lui était familier, aussi s'est-il montré à la hauteur de sa brillante réputation. Après ce discours, les prix suivants ont été décernés. — *Prix de l'Ecole pratique* : Premier prix, MM. Bonfils et Guyon; deuxième prix, M. Isambert. — Mention honorable, M. Fayel. — *Prix Corvisart :* M. Durlau. — Mention honorable, M. Bouvier. — *Prix Monthyon :* M. Charrier.

Parmi les récompenses accordées à propos de l'Exposition universelle, nous devons citer celles qui se rattachent aux sciences médicales. M. Faraday, l'illustre auteur de la découverte de l'électricité d'induction, a été élevé à la dignité de commandeur de la Légion d'honneur, et M. Arnott, médecin de S. M. la reine d'Angleterre, a été nommé chevalier, pour ses appareils de chauffage et de ventilation.—Des grandes médailles d'honneur ont été accordées à M. le docteur Auzoux, pour sa fabrication en grand des pièces d'anatomie élastique, et à M. Jules Charrière, pour ses instruments ou appareils de chirurgie nouveaux ou très-perfectionnés.—M. Aubergier, pour sa production d'opium indigène, et M. Ménier, pour la préparation mécanique très-soignée des poudres employées en pharmacie, ont obtenu chacun une médaille d'honneur. D'autres médailles ont été décernées, mais la liste n'en a pas encore été publiée.

La séance de rentrée de la Faculté de Strasbourg a eu lieu le 16. M. le professeur Forget a prononcé l'éloge de M. Marchal. M. Forget, dit la Gazette médicale de Strasbourg, avec son talent et sa verve accoutumés, a retracé l'honorable carrrière de M. le professeur Marchal, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie de typhus qui a ravagé les prisons de Strasbourg. La séance a été terminée par la distribution des prix. Les noms des lauréats sont : — *Prix de l'Université*, première année : M. V. Feltz ; deuxième année, M. A. Liétard. — Mention honorable, M. J. Ehrmann. — Troisième année, M. H. Liberman. — Mention honorable, M. A. Crussard. — Quatrième année, M. G. Fritz. — *Prix de thèses*, M. L. Hecht (Essai sur le spiromètre). — Mentions honorables, MM. Aubonas, Sala, Leconte.

Le concours pour l'internat de l'hospice civil de Strasbourg s'est terminé par les nominations suivantes : MM. J. Picard, Spielmann, Bouchard, G. Lévy, Fritz, E. Schützenberger.

La Société de médecine de Strasbourg a procédé au renouvellement de son bureau, qui est constitué ainsi qu'il suit : Président, M. Tourdes ; vice-présidents, MM. Stœber et Strohl ; secrétaires, MM. Ruef et Hergott ; trésorier-archiviste, M. Oberlin.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles publie le programme des questions proposées pour le concours de 1857. — *Première question :* « Donner une statistique raisonnée, conforme aux exigences scientifiques modernes, des différents traitements institués contre la pneumonie ; déterminer leur valeur comparative et en tirer les conclusions pratiques. Les faits présentés doivent être authentiques et porter sur un chiffre de 300 cas *ad minimum.* » Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. — *Deuxième question :* « Faire l'histoire des maladies particulières aux testicules ; donner le diagnostic différentiel des diverses lésions de ces organes ; indiquer leurs causes et le traitement qu'elles réclament. » Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. — *Troisième question :* « Quelle est au dix-neuvième siècle l'influence de l'industrie sur la santé des populations ? Etablir d'une manière générale les différentes manifestations de cette influence, en donner les preuves par des faits sérieux et rechercher quels seraient les moyens les plus efficaces pour s'opposer à ce qui peut en résulter de fâcheux pour la santé publique et privée. » Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. — *Quatrième question :* « Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. » Prix : Une médaille en or de la valeur de 100 fr. — *Cinquième question :* « Déterminer la valeur des eaux minérales alcalines, artificielles ou naturelles, dans le traitement prophylactique et curatif des affections chroniques des poumons et des bronches, et indiquer leur mode d'action dans ces différents cas, en s'appuyant sur un nombre suffisant d'observations cliniques. » Prix : Une médaille en or de la valeur de 300 fr. Les Mémoires devront être remis (franco), avant le 1er juillet 1857, chez M. le docteur Van den Corput, secrétaire de la Société, rue de Namur, 21.

Le choléra a aujourd'hui abandonné toutes les villes du Midi qu'il avait envahies. Au moment de disparaître complétement, par un des retours soudains auxquels

le mal indien nous a habitués, il s'est montré à Lyon, qui avait été jusqu'ici indemne de toute atteinte sérieuse. Les bruits qui ont couru sur la gravité du choléra à l'Hôtel-Dieu de cette ville ont été tellement exagérés, que la Gazette médicale de Lyon a cru de son devoir de dire la vérité. Du 16 août au 12 novembre, on a observé à l'Hôtel-Dieu 61 cas, soit venus du dehors, soit déclarés à l'intérieur. Sur ce nombre, qui se compose de 42 hommes et 19 femmes, 47 ont succombé, 14 sont sortis guéris ou sont encore en traitement.

M. Thénard n'a pas dédaigné de lire devant l'Académie des sciences une notice sur la destruction des punaises. Le procédé que recommande l'illustre chimiste est le suivant :

1° Mettre 100 parties d'eau en poids dans une bassine, y ajouter 2 parties de savon vert, placer la bassine sur un fourneau allumé et porter la liqueur à l'ébullition.

2° Enlever la tapisserie de la chambre et agrandir avec une lame de couteau les fissures des murs, si elles n'étaient pas assez larges pour permettre à l'eau de pénétrer dans leur intérieur.

3° Démonter les diverses pièces du lit, s'il est de bois, et retirer les boiseries.

4° Prendre une grosse éponge semblable à celles dont on se sert pour laver les pieds des chevaux, l'attacher avec une ficelle à un bâton de 40 centimètres de long, plonger l'éponge dans la dissolution bouillante do savon, et laver à plusieurs reprises de haut en bas les murs de la chambre, et surtout les parties où il y aura des fissures, en ayant soin de replonger à chaque fois l'éponge dans la liqueur, qui, pour agir efficacement, doit toujours être très-chaude et autant que possible bouillante.

5° Laver les diverses pièces du bois de lit et toutes les boiseries de la même manière. Si elles étaient précieuses, on pourrait se contenter de les exposer à l'air et au soleil pendant le temps nécessaire pour l'éclosion des œufs et les frotter ensuite.

6° Laver également, toujours avec la dissolution bouillante, les fissures qu'il y aurait dans les carreaux, ou le plancher, ou le parquet, ou les boiseries.

7° Changer les couvertures, les rideaux, et les exposer au soleil pendant quelques jours.

8° Renouveler la paillasse, s'il en existe une, et passer à l'eau bouillante le fond sanglé, les toiles et la laine des matelas.

9° Enfin boucher les fissures des murs avec un mastic formé do craie et de colle animale, puis tapisser la chambre à la manière ordinaire.

10° Toutes les opérations qui précèdent sont nécessaires pour les dortoirs, les casernes, les salles d'hôpitaux, pour les chambres où il y a trois ou quatre lits. Mais quand il n'y en a qu'un ou même deux éloignés l'un de l'autre, on peut se contenter de soumettre à des lotions savonneuses les différentes pièces du lit, ainsi que les objets et les murs près desquels il est placé. Les punaises se réfugient toujours dans leurs fissures : c'est là qu'elles vont déposer leurs œufs.

On peut employer encore, pour la destruction des punaises, beaucoup d'autres matières, par exemple la décoction de tabac, les dissolutions mercurielles, l'essence de térébenthine, etc. Je préfère de beaucoup la dissolution de savon, qui est sans odeur, du moins bien sensible, sans danger, économique et à la portée de tous. On pourrait même à la rigueur n'employer que de l'eau bouillante ; mais il serait possible qu'en l'appliquant sur les murs elle se refroidît quelquefois par trop. Lorsqu'au contraire elle contient un peu de savon, la destruction de toutes les punaises est toujours certaine ; c'est déjà beaucoup.

La science vient de faire une nouvelle perte. M. le docteur Barbier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, et membre associé de l'Académie de médecine, est mort le 21 novembre, à l'âge de soixante-dix-neuf ans et six mois.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Nouvelles recherches sur le traitement de la gale de l'homme.— Avantages de la substitution de la glycérine aux corps gras comme excipient des agents antipsoriques.

Par le docteur H. BOURGUIGNON, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, de la Société de médecine.

On s'étonnera, sans doute, qu'il puisse encore être question du traitement de la gale, après toutes les améliorations dont il a été l'objet dans ces dernières années. Ne dit-on pas partout qu'il guérit *tuto, cito...,* mais on ne peut ajouter *et jucunde;* ceux qui en ont usé, ceux qui ont assisté aux différentes phases de ce traitement savent, en effet, que rien n'est moins agréable que la friction au savon noir, suivie après un bain, de la friction à la pommade sulfuro-alcaline. La *frotte* couvre les malades d'une couche de pommade nauséabonde, qu'ils conservent sur eux pendant quarante-huit heures, qui salit leur linge et altère leurs vêtements : de telle sorte que le traitement gratuit devient parfois fort coûteux pour ceux, et le nombre en est grand, qui se présentent à la consultation convenablement vêtus.

Une autre raison majeure m'engageait encore à entreprendre ces nouvelles recherches. Quand, y a quelques années, j'ai contribué pour ma part à rendre le traitement de la psore plus sûr et plus expéditif, je me plaisais à croire que tous les galeux étant traités sans désemparer, le nombre en diminuerait insensiblement, et que les chances de contagion s'abaissant dans les mêmes proportions, la gale allait devenir une maladie relativement peu commune. Mais quelle déception n'est pas la nôtre ! les deux frictions que nous avons proposées, à douze heures d'intervalle, ont été réduites à une seule friction ; la porte reste largement ouverte à quiconque veut se faire traiter, et cependant, du 11 mai 1852, époque de la dernière réforme, jusqu'au 31 décembre, soit huit mois, on traite 1,257 galeux; ce qui aurait donné au total 1,500 malades environ pour toute l'année. En 1853, le nombre se monte à 4,152; en 1854, à 5,268, et pendant les six premiers mois de 1855, à 2,590; ce qui revient à dire que 5,000 galeux se présentent annuellement au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis. On peut estimer à 500 le nombre des enfants qui sont guéris à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hôpital des Enfants. Le chiffre des malades traités en ville peut aussi être porté à 500; de telle sorte que le nombre des individus atteints de la psore se monterait annuellement à 6,000, pour Paris seulement. On ne saurait dire, faute d'une statistique bien faite, à

quoi tient positivement l'augmentation du nombre des malades : on suppose, non sans quelque raison, qu'il est dû à la renommée en quelque sorte européenne dont jouit l'hôpital Saint-Louis, et à l'affluence des malades que cette réputation lui attire ; surtout depuis que le traitement passe pour être plus expéditif et plus sûr. Toujours est-il que cette population flottante de galeux méritait qu'on fît encore quelques efforts, dans le but de lui rendre la médication plus tolérable.

J'ai toujours pensé que le traitement laisserait à désirer tant qu'il aurait l'inconvénient d'être douloureux, de dégager une odeur peu agréable, de salir le linge, d'altérer les vêtements et de ne pouvoir s'exécuter secrètement et commodément. Que la médication la plus simple, la plus facile, serait celle qui se réduirait à faire prendre un seul bain doué de propriétés acaricides ; qu'à défaut d'un bain simple, l'emploi en lotion d'une solution non douloureuse, ne laissant aucun résidu sur le corps, ne dégageant aucune odeur désagréable, serait le moyen le plus acceptable. Qu'enfin, si un grand bain et les lotions n'atteignaient pas le but désiré, il resterait à conserver l'usage des pommades, sauf à diminuer le plus possible les inconvénients attachés à leur emploi.

Telles sont les trois méthodes de traitement que j'ai successivement soumises à l'expérimentation.

Les bains de sulfure de sodium ou de potassium sont souvent employés comme traitement de la gale ; mais comme il faut prendre quinze à vingt bains pour obtenir une guérison complète, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on y a recours. Il importait néanmoins de vérifier quelle serait l'action de ces bains, réduits quant au nombre, proportionnellement à la quantité de sulfure employée. Je fis donc prendre à des galeux des bains sulfureux à doses successivement croissantes, jusqu'à un maximum de 500 grammes de sulfure de potassium ou de sodium solide pour un bain de 250 litres d'eau, c'est-à-dire huit fois la dose des bains sulfureux simples de l'hôpital Saint-Louis, sans qu'il en résultât aucune douleur, aucune aggravation dans les éruptions secondaires. Deux bains d'une heure et demie, à 500 grammes, m'ont donné un tel succès, que je crus un moment avoir obtenu une guérison définitive. Mais sur un malade dont l'épiderme était calleux et dur, j'ai trouvé, vingt-quatre heures après le dernier bain, un acare encore vivant. Dès que deux bains sulfureux à ce degré de concentration étaient insuffisants, je dus abandonner cette médication et essayer le bain zinco-arsenical, employé avec succès dans le traitement de la gale du mouton. Une so-

lution contenant 4 grammes d'acide arsénieux et 20 grammes de sulfate de zinc pour un manuluve de 10 litres d'eau, ce qui aurait donné 100 grammes d'acide arsénieux et 500 grammes de sulfate de zinc pour un grand bain, fut d'abord soumis à l'expérimentation, et ne produisit pas d'effet appréciable sur les acares. A la solution zinco-arsenicale je substituai celle au bichlorure de mercure, dans la proportion de 2 grammes pour 10 litres d'eau, soit 50 grammes pour un grand bain. Dans ce cas encore, l'action du manuluve fut nulle, et comme je ne pouvais augmenter démesurément la dose d'un produit si dangereux, je dus aussi abandonner cette préparation. Il en a été de même pour une solution au sulfate de cuivre, à la dose énorme de 50 grammes pour 10 litres d'eau, et de celle d'un savon sulfureux, préparé dans le but de réunir les deux éléments qui passent aujourd'hui comme actifs dans le traitement antipsorique. Une étude préalablement faite au foyer du microscope, où je voyais les acares plongés dans ces solutions vivre plusieurs heures, m'avait fait d'ailleurs pressentir ces résultats négatifs. Cependant ces solutions salines auraient pu, en s'évaporant, laisser dans les sillons un dépôt cristallin, agir sur la peau d'une manière imprévue, altérer l'épiderme, de façon à le rendre impropre à abriter les sarcoptes et leurs générations à venir : je crus donc devoir faire l'expérimentation complète.

Des bains locaux et généraux, préparés à l'aide de ces solutions salines toxiques, ne produisant pas l'effet que j'en attendais, je mis à l'étude un autre ordre de médicaments également acceptés comme très-propres à détruire le parasite de la psore : je veux parler des huiles essentielles ou des carbures d'hydrogène. La simple constatation au microscope de l'intoxication en quelque sorte foudroyante des acares par ces essences me fit comprendre de suite que je trouverais dans leur emploi une ressource précieuse. Une goutte des huiles essentielles de lavande, de citron, de romarin, de fleur d'oranger, de girofle, de cannelle, de moutarde, de thym, de térébenthine, de benzine, etc., tue le sarcopte en quelques minutes, opérant sur lui des phénomènes fort remarquables. A peine le parasite psorique est-il touché par un de ces carbures d'hydrogène, qu'une quantité de bulles de gaz apparaissent sur la membrane tégumentaire ; on dirait que l'air, ou mieux l'oxygène renfermé dans les mailles de son tissu sarcodique arrive, par une sorte d'attraction chimique, au contact du carbure, pour y former un composé nouveau : cette transformation des gaz expulsés est encore plus manifeste lorsque le carbure d'hydrogène est doué d'une très-grande volatilité, comme cela a lieu

pour les éthers, et surtout pour le chloroforme. Il importait, avant de mettre à profit les propriétés toxiques de ces produits volatils, de constater les effets que la peau en éprouverait. Je me fis dans ce but, sur différentes régions du corps, des onctions légères ; j'opérai les mêmes essais sur plusieurs malades, et quelques heures d'observation me firent clairement comprendre qu'on ne pouvait songer à employer ces préparations à l'état de pureté. Les douleurs cuisantes qu'elles déterminaient étaient surtout intolérables aux organes génitaux, et en rapport direct avec la volatilité des carbures.

Conformément au but que je m'étais proposé, je préparai pour manuluves des solutés aux essences, et les malades y plongèrent l'avant-bras. Dans ces essais en petit, le succès dépassa d'abord mes espérances ; un seul de ces manuluves, contenant 400 grammes d'essence, fit périr instantanément les acares, sans produire ni douleur ni rougeur. Je conclus dès lors qu'un grand bain, contenant 1 kilogramme d'essence, c'est-à-dire dix fois moins concentré que la manuluve, aurait l'efficacité désirée ; mais, contre mes prévisions, ce bain ne put être supporté, de telle sorte que je fus obligé d'abandonner les essences en solutions étendues pour bains généraux, de même que cela avait eu lieu pour les solutions salines désignées plus haut. Toutes ces huiles essentielles, et *à fortiori* les éthers et le chloroforme, causant une douleur trop vive pour être employés sans mélange, leurs solutés étendus étant également trop irritants ou trop peu actifs contre les parasites, j'ai cherché un excipient auquel il serait possible de les incorporer. L'axonge, excipient ordinaire des pommades antipsoriques, se présentait naturellement à l'esprit ; mais puisque je ne pouvais réduire le traitement à un bain ou à une lotion, je devais tout au moins remédier à l'inconvénient qui résulte de l'emploi des corps gras, c'est-à-dire à l'odeur rance que prennent tous les topiques préparés à l'avance, et au dommage qu'ils causent aux vêtements des malades. Un corps nouvellement introduit dans les préparations pharmaceutiques, qui a toutes les propriétés topiques des corps gras, si ce n'est qu'il est soluble dans l'eau, la glycérine, en un mot, devait remplacer l'axonge avec avantage.

On sait que la glycérine, découverte par M. Schéele, mieux connue depuis les travaux de M. Chevreul, qui l'a constamment trouvée dans les produits de la saponification, a été étudiée plus récemment par M. Cap, et que ce dernier en a conseillé l'emploi comme excipient des médicaments.

Si, comme le dit M. Cap, la glycérine avait dissous les essences en notables proportions, il aurait suffi d'opérer un simple mélange

pour obtenir un liniment tout préparé ; mais il s'en faut que les huiles essentielles s'incorporent facilement à la glycérine ; et si nous n'avions ajouté au mélange de la gomme adragante, afin de développer un mucilage, nous n'aurions pu lier ensemble les deux produits.

Le liniment à la glycérine et aux essences fut d'abord essayé localement, et ce n'est qu'après de nombreuses tentatives qu'il fut définitivement composé des essences de menthe, de lavande, de citron, de girofle et de cannelle, mêlées en diverses proportions à 200 grammes de glycérine, par l'addition de 2 grammes de gomme adragante. Le liniment fut alors employé en frictions générales d'une demi-heure. Sur plusieurs séries de malades, il fit invariablement et promptement périr les sarcoptes ; mais l'intoxication ne paraissait pas agir avec la même efficacité sur les œufs, qu'on apercevait dans les sillons, encore luisants, parfaitement remplis, et sans trace appréciable d'altération. En effet, après quinze jours d'une guérison qu'on aurait pu croire définitive, les démangeaisons reparurent et une nouvelle génération de parasites vint en donner l'explication. Il me fut dès lors démontré, comme je l'avais depuis longtemps soupçonné, qu'il y a deux indications à remplir dans la destruction des parasites acariens, et que tel médicament qui tue sur l'heure les individus arrivés à leur complet développement, ainsi que les larves, peut ne troubler en rien l'évolution des œufs. Il est d'ailleurs facile de comprendre cette différence d'action d'un poison sur des êtres vivants, et sur des embryons à l'état de vie latente et que recouvre encore la membrane d'enveloppe qui doit les protéger pendant l'incubation. Je devais donc chercher un élément nouveau à ajouter aux essences, propre à atteindre les œufs, et à pénétrer dans les sillons à travers les petites ouvertures que le sarcopte pratique à la paroi épidermique avant d'abandonner la place où il a butiné et pondu, ouvertures qui donnent au caniculus son aspect ponctué. Le soufre, qui fait partie intégrante de presque toutes les pommades antipsoriques, paraissait plus que tout autre, à en juger par l'effet qu'il produisait sur les galeux traités concurremment par la pommade d'Helmérich, propre à remplir l'indication ; mais si l'on devait tenir compte de la préférence accordée de tout temps au soufre, il fallait aussi reconnaître qu'il irrite la peau et aggrave parfois les éruptions secondaires de la psore. Il n'était donc pas sans intérêt de chercher si d'autres poudres n'auraient pas les avantages du soufre sans en avoir les inconvénients.

Il est certaines poudres végétales inertes, sans odeur ni saveur

appréciables pour nos sens, qui, au moindre contact, produisent sur les parasites domestiques, les punaises, les puces et les poux, un effet toxique si énergique, qu'ils en meurent au bout de quinze à vingt minutes. L'une de ces poudres, incontestablement la plus merveilleuse quant à son efficacité, débitée par quelques dépositaires qui en font un secret, n'est autre que le *pyrethrum Caucasicum* importé de Russie, et qui leur est vendu par M. Ménier. J'ai mis des acares sur cette poudre, ainsi que des *pediculi :* ces derniers périrent dans d'étranges convulsions, en moins de vingt minutes, tandis que les acares n'en furent nullement impressionnés. Cette poudre parasiticide n'abrégeant en rien la vie des sarcoptes, j'ai soumis aux mêmes expériences, et sans plus de succès, toutes les autres poudres dites anthelminthiques, car le parasite de la gale aurait pu se rapprocher beaucoup plus des helminthes qui vivent dans nos organes, que des insectes domestiques d'une organisation relativement supérieure ; mais aucune de ces poudres ne produisit l'effet désiré. Enfin, peut-être le soufre, bien qu'il soit pour nous insipide et inodore, avait-il pour les acares les propriétés du *pyrethrum Caucasicum* pour les parasites domestiques, et l'expérience confirma presque cette hypothèse ; car des sarcoptes qui d'ordinaire meurent sur la fin du troisième jour seulement, quand on les dépose entre deux morceaux de drap, à une température de 10 à 15 degrés, succombèrent tous sur du soufre en poudre, pendant les vingt-quatre premières heures.

La préférence donnée au soufre jusqu'à ce jour se trouvant en quelque sorte motivée, j'en ajoutai au mélange de glycérine et d'essences ; mais les deux éléments du topique essentiellement parasiticide se réunissaient par une affinité naturelle et ne formaient plus avec la glycérine un tout homogène. Je fus obligé, pour donner au topique toutes les qualités désirables, d'augmenter la cohésion du mélange en ajoutant des jaunes d'œufs à la gomme adragante. Après cette addition, je préparai enfin une pommade aux essences, au soufre et à la glycérine, d'une odeur agréable, douce au toucher, moins irritante que la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich, et douée d'une telle efficacité, que j'ai pu, par une seule friction, guérir dix galeux, bien choisis, bien observés, dans toutes les conditions d'une expérimentation rigoureuse.

Je considère encore aujourd'hui la friction au savon comme superflue, la douleur qu'elle cause n'est rachetée par aucun avantage réel. En effet, plusieurs frictions au savon noir, faites à douze heures d'intervalle, n'ont en rien troublé l'existence des sarcoptes, et je ne vois pas en quoi elles l'emporteraient sur l'action du bain simple

ou légèrement savonneux que j'ai conseillé, qui ramollit l'épiderme et le prépare, en le nettoyant, à l'absorption des pommades. Mais je vais plus loin : le bain simple, malgré ses avantages, peut, dans certains cas, n'être pas indispensable, car aucun des malades que j'ai guéris dans ces dernières recherches n'a pris de bain avant la friction. Cette année, la salle de bains destinée aux femmes s'est trouvée en réparation, et je n'ai pu, en raison des nécessités du service, faire donner à mes heures le bain qui d'ordinaire précède la friction.

Cette observation forcée aurait eu pour conséquence, si déjà je ne l'eusse établi dans la pratique ordinaire, de me faire supprimer le bain au début du traitement des malades qui, en raison de leur position sociale ou de leur profession, ont le corps dans un état de propreté convenable. En somme, dix galeux, après trente ou quarante autres, soumis à diverses tentatives, ont été traités et guéris par une seule friction d'une demi-heure, à l'aide d'une pommade aux essences, au soufre et à la glycérine. Cette friction, plus tolérable que celle au savon et, *à fortiori*, que celle à la pommade d'Helmérich, excite pourtant quelquefois une légère cuisson aux parties génitales, et de la rougeur sur les régions que les malades frictionnent fortement et sans nécessité; sur les bras, par exemple, où ils ont toujours une tendance à porter la pommade.

La formule de cette pommade aux essences est la suivante :

Jaunes d'œufs.		2
Essence de lavande.	}	
— de citron.	} ãã	5 grammes.
— de menthe.	}	
— de girofle.	} ãã	3 grammes.
— de cannelle.	}	
Gomme adragante.		2 grammes.
Soufre bien broyé.		100 grammes.
Glycérine.		200 grammes.
		323 grammes.

(Soit, avec le poids des jaunes d'œufs, 350 grammes environ.)

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs, ajoutez la gomme adragante, développez complétement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

Cette pommade pourrait, à la rigueur, remplacer celle d'Helmérich, en usage dans les hôpitaux; mais je la conseille plus particulièrement pour les malades traités en ville. Les pharmaciens, en réalisant des bénéfices raisonnables, pourront vendre les 350 gram-

mes que donne la formule, et qui sont nécessaires pour le traitement, 3 à 4 francs.

Il me restait à substituer la glycérine à l'axonge, dans la préparation de la pommade sulfuro-alcaline et à en étudier les effets. On sait que la pommade d'Helmérich contient deux parties de soufre et une partie de sous-carbonate de potasse pour huit d'axonge.

Soit pour 350 grammes.	
Sous-carbonate de potasse.	44 grammes.
Soufre.	88 grammes.
Axonge.	218 grammes.
	350 grammes.

Ces 350 grammes reviennent aujourd'hui aux hôpitaux à 70 centimes.

J'ai d'abord remplacé, purement et simplement, l'axonge par la glycérine; mais 218 grammes de glycérine rendaient la pommade trop fluide; j'ai dû augmenter la dose du sel et celle du soufre, et ajouter 1 gramme de gomme adragante, afin d'obtenir, quant à l'efficacité et la consistance, toutes les conditions désirables. D'autre part, comme les essences sont essentiellement propres à abréger la vie des acares, j'ai ajouté également à cette nouvelle pommade d'Helmérich modifiée 1 gramme de chacune d'elles, dans le but d'augmenter son action et de l'aromatiser.

En somme, la pommade d'Helmérich à la glycérine a pour formule, en chiffres ronds :

Gomme agragante.	1 gramme.
Sous-carbonate de potasse.	50 grammes.
Soufre bien broyé.	100 grammes.
Glycérine.	200 grammes.
Essence de lavande.	ãã 1 gramme.
— de menthe.	
— de citron.	
— de girofle.	
— de cannelle.	
Soit au total.	356 grammes.

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine, ajoutez le carbonate de potasse, mêlez jusqu'à dissolution, puis versez le soufre et la glycérine par petites portions. Ces 356 grammes reviendraient, d'après l'estimation qu'en a bien voulu faire M. Soubeiran, au même prix que la pommade en usage dans les hôpitaux, soit 70 centimes.

Seize malades soumis à une seule friction de cette pommade ont complétement guéri, sans éprouver, à beaucoup près, autant de

douleur qu'en aurait excité le topique sulfuro-alcalin à l'axonge.

Le prix étant égal entre le topique que je propose et celui jusqu'à ce jour accepté, je ne peux prévoir quelle objection on opposerait à son emploi. Il devrait obtenir la préférence, alors même qu'il imposerait un léger sacrifice aux hôpitaux, en raison de l'économie importante quo réaliseront les malades dont les vêtements ne seront plus altérés.

La guérison une fois constatée sur des adultes, j'ai mis des enfants en traitement à l'hôpital Sainte-Eugénie : quatre ont été frictionnés à l'aide de la pommade aux essences, quatre autres à l'aide de la pommade au carbonate de potasse. Ces huit enfants, de cinq à dix ans, ont tous bien supporté, sans pousser une seule plainte, l'action de ces deux pommades; seulement, je leur ai fait faire deux frictions d'un quart d'heure chacune et à douze heures d'intervalle, comme le conseille la prudence pour ces petits malades. La friction au savon et le bain ont été supprimés pour eux, non par nécessité, car j'avais des bains à ma disposition, mais comme une chose inutile. La guérison chez ces petits galeux a été radicale.

Une seule friction, faite sous mes yeux, suivant un certain ordre méthodique et pendant une demi-heure, a été suivie d'une guérison définitive chez les adultes; mais ce n'est point une raison suffisante pour que je conseille de s'en tenir à une seule friction dans le traitement opéré en ville ou dans les hôpitaux en général, surtout ceux de province.

Il est impossible, en effet, qu'un malade abandonné à lui-même se pénètre bien des raisons qui ont motivé le mode de friction qui lui est imposé, et lorsqu'il se voit bien couvert de pommade de la tête aux pieds, il oublie les recommandations qui lui ont été faites, et n'exécute qu'imparfaitement la friction générale, et quant aux régions où se trouve principalement le parasite, et quant à la durée de l'application du topique. Ces observations sont vraies, non-seulement pour les malades livrés à eux-mêmes, mais pour les médecins, qui oublient de faire frictionner tout spécialement certaines régions, les mains, par exemple, en raison de la dureté de l'épiderme, et du nombre do parasites qu'elles abritent.

A l'hôpital Saint-Louis, une seule friction donne des guérisons incontestables; mais je verrais dans l'usage de deux frictions une garantie de plus pour l'extinction d'une maladie qui semble se jouer de tous nos traitements expéditifs.

Dans les hôpitaux de l'armée, le traitement suivi est exactement celui que j'ai conseillé : il consiste en un bain savonneux de pro-

preté et en deux frictions générales. Une statistique bien faite, publiée dans un rapport de M. Michel Lévy sur cette question, n'a encore constaté aucune récidive. Nous devons tenir grand compte de la méthode acceptée par les médecins attachés au service de santé militaire; n'oublions pas qu'Helmérich et M. Burdin, nos maîtres en fait de thérapeutique antipsorique, avaient prescrit avant nous tous le mode de friction générale. Envisageant donc la question au point de vue pratique, et de tous les hôpitaux qui n'ont point un personnel spécial chargé de veiller à l'exécution des frictions, je pense qu'il est plus sage d'aller au delà que de rester en deçà des précautions à prendre pour assurer la guérison, et je maintiens, comme par le passé, le traitement par deux frictions; seulement, je subordonne la mise en pratique aux conditions particulières dans lesquelles se trouvent les malades, et j'établis pour cela deux catégories.

Dans la première, je place les galeux dont le corps, ou par excès de misère ou par nécessité de profession, a besoin de subir une ablution préalable; dans la seconde, ceux dont le corps est dans un état de propreté tel que rien ne puisse nuire à l'action des topiques.

Aux malades de la première catégorie seuls je fais prendre un bain simple ou savonneux avant les deux frictions, et celles-ci s'exécutent, pour tous sans exception, à douze heures ou à vingt-quatre heures d'intervalle. Enfin, aux individus désireux de disposer de leur temps, de conserver toutes leurs relations sociales pendant le traitement, et de le tenir secret; je conseille d'opérer une première friction, le soir au moment de se coucher, et de prendre un bain, le lendemain matin; d'exécuter la seconde friction vingt-quatre heures après la première; puis un second bain, également vingt-quatre heures après le premier; soit deux frictions, faites au moment de se coucher; deux bains le matin, en se levant. De cette façon, les malades laissent agir le topique pendant deux nuits successives, et le bain pris chaque matin leur permet de vaquer à leurs occupations journalières sans qu'il en apparaisse rien au dehors. Ce dernier mode de traitement n'a jamais été suivi de récidive. Deux frictions ainsi faites, au moment de se mettre au lit, sont en effet autrement efficaces que celle exécutée par les galeux qui s'habillent et se rendent à leur domicile, immédiatement après la friction.

Les 350 grammes donnés par les formules des pommades aux essences et au sel de potasse sont suffisants pour les deux frictions; seulement, la première doit absorber 200 grammes du topique, et la seconde, qui peut être moins active, 150 grammes seulement. Je ne saurais trop recommander de faire frictionner les mains, dix fois,

vingt fois plus que toute autre partie du corps; puis, dans l'ordre d'importance, les pieds et les organes génitaux; car, sur cent parasites que porte un galeux, quatre-vingts sont aux mains, et vingt seulement sur les autres parties du tégument.

J'ajouterai, pour ne rien omettre, que plusieurs frictions faites avec la glycérine seule, ou mêlée au soufre, n'ont pu tuer le sarcopte.

En dernière analyse, j'ai cherché dans ces nouvelles études, qui ont duré près de trois mois, et qui ont porté sur plus de cent cinquante malades, à guérir la gale par un seul bain; puis, à défaut d'un bain, par une simple lotion.

J'ai constaté que les essences, les éthers, le chloroforme, c'est-à-dire les carbures d'hydrogène, jouissent de propriétés toxiques très-remarquables contre les acares; que leur énergie est proportionnelle à leur volatilité, mais que l'association du soufre aux essences a été nécessaire pour obtenir la destruction complète des œufs. Mettant à profit cette propriété des essences, j'ai donné la formule d'une pommade nouvelle, aussi efficace et moins douloureuse que celle au carbonate de potasse, au soufre et à l'axonge, employée jusqu'à ces derniers jours; car M. Hardy vient de diminuer, dans une notable proportion, la dose des principes actifs de la pommade d'Helmérich. Enfin, j'ai substitué à l'axonge, comme excipient, la glycérine, dans la préparation de la pommade sulfuro-alcaline, de telle sorte que les frictions sont moins douloureuses et les vêtements des malades nullement endommagés.

J'ai dû à l'obligeance de M. Hardy la possibilité de faire ces dernières recherches à l'hôpital Saint-Louis : son désintéressement fait trop contraste avec la conduite qu'on a tenue à mon égard en pareille circonstance, pour que je ne lui en sois pas reconnaissant. Je dois des remercîments à l'administration des hôpitaux, qui a mis, avec bienveillance, la salle des bains à ma disposition, ainsi qu'à MM. Decaye, Pasquet et Gruyère, pharmaciens, qui m'ont facilité les préparations en petit des médicaments que M. Ménier m'a fournis en grand, en mettant à ma disposition son officine, son personnel et ses produits, avec un généreux empressement.

Ce Mémoire était terminé, quand deux internes de l'hôpital de Lourcine, MM. Dussard et Pillon, ont publié un article sur le traitement de la gale, par l'application, à l'aide d'un pinceau, d'une couche de chlorure de soufre et de sulfure de carbone. Leurs conclusions étaient : « Un seul badigeon de cinq minutes avec une sub-« stance peu coûteuse, dont l'emploi est facile, et exempte de dan-

« gers, dont l'odeur est supportable, sans écorcher le malade, *sans* « *le faire souffrir*, sans le garder à l'hôpital ; voilà, certes, un traite- « ment rapide, commode, et dont l'efficacité ne nous a pas encore failli « une seule fois. » A la lecture de cet article, je compris de suite quels pouvaient être les avantages et les inconvénients de ce nouveau spécifique : il devait tuer les acares au même titre que tous les carbures d'hydrogène dejà cités; comme eux, il devait causer une douleur plus ou moins aiguë aux parties sexuelles, mais on pouvait douter que la quantité de soufre déposée dans les sillons et sur les œufs fût suffisante pour les détruire tous. Voulant toutefois ne m'en rapporter qu'à l'expérimentation, je badigeonnai d'abord deux malades, à titre d'essai, pour juger l'effet hypéresthétique de la solution. Bien m'en prit, car le badigeonnage détermina sur les parties génitales une telle douleur, que les malades en seraient tombés en syncope, si elle avait duré au delà de quelques minutes. Une application répétée sur moi produisit le même résultat. J'en fus peu surpris ; la solution, comme je l'avais constaté lors de l'emploi des essences, devait produire une douleur d'une acuïté proportionnée à sa prompte volatilisation. Je dois ajouter que l'odeur n'était rien moins qu'agréable. Les malades, une fois l'émotion passée, ayant repris leur bonne humeur, et ne paraissant pas devoir en souffrir ultérieurement, je mis, les jours suivants, quatre malades en traitement; ils éprouvèrent la même douleur ; l'un d'eux faillit encore perdre connaissance. Quant à l'effet curatif, il aurait pu être plus satisfaisant. Un ou deux parasites furent trouvés encore vivants, quarante-huit heures après le badigeonnage, sur deux des galeux. Quant aux œufs, bien qu'une légère couche de soufre se fût déposée sur eux, quelques-uns devaient, comme cela avait eu lieu pour les acares, échapper à l'action du toxique ; d'où il suit que la guérison ne peut être réellement complète pour tous les malades, après une simple lotion. En effet, dès qu'un des acares peut survivre, fuir le danger, et s'abriter sous une portion d'épiderme saine, comme nous l'avons constaté dès qu'un ou deux œufs peuvent éclore, la guérison n'est qu'apparente ; trois semaines, un mois après, il y aura récidive. J'ajouterai que la douleur persiste aux organes génitaux pendant douze heures, que la marche en est gênée, que l'épiderme du scrotum se dépouille en entier au bout de quelques jours, qu'enfin des éruptions secondaires peuvent être le résultats du traitement.

Il nous serait trop facile de démontrer que MM. Dussard et Pillon se sont trop pressés de conclure, pour que nous fassions le procès à

la méthode de traitement qu'ils ont conseillée : nous nous contenterons de dire qu'ils n'ont point encore trouvé un spécifique *non douloureux et infaillible.*

Je dirai en terminant que le carbure de soufre doit être le plus puissant poison des parasites de l'ordre des arachnides; car, en ce qui concerne les acares, il produit sur eux, au moindre contact, un étrange phénomène : non-seulement il les tue, mais il absorbe le gaz, les liquides, et jusqu'au tissu sarcodique contenus dans le corps du sarcopte, au point qu'il le vide et le réduit à sa charpente et à sa membrane tégumentaire, opérant ainsi une dissection des plus favorables à l'étude entomologique de ces infiniment petits.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la cautérisation dans les infiltrations d'urine.

Suite.

Cautérisation par le fer rouge. — « 2° La cautérisation des fistules par le fer rouge était familière aux chirurgiens du seizième siècle, non-seulement dans les opérations faites sur la peau, mais dans celles qui exigeaient les lésions profondes du périnée. Suivant Heister, le célèbre lithotomiste Collot incisait l'urètre dans le périnée, lorsqu'il y avait impossibilité d'introduire la sonde, et il guérissait les fistules en y appliquant le cautère actuel. Le même auteur ajoute : Pye, dans ses observations sur la lithotomie, dit avoir guéri des fistules au périnée avec le fer rouge.

« Mais l'auteur auquel on doit sur ce sujet les observations les plus complètes et les plus probantes est Marc-Aurèle Séverin. Cet auteur a cité dans sa *Chirurgie efficace* des exemples remarquables de cautérisation dans les fistules périnéales.

« La méthode de ces auteurs a été renouvelée, dans ces derniers temps, par M. Lallemand, qui en fit usage sur Ibrahim-Pacha.

« Le peu de détails que renferment les ouvrages anciens sur les procédés opératoires ne permet pas de dire de quelle manière ils employaient le fer rouge ; il est à présumer, toutefois, qu'ils enfonçaient des cautères coniques ou olivaires dans les trajets fistuleux, et qu'à la chute des escarres, ceux-ci étaient ouverts plus largement au dehors et disposés à la cicatrisation.

« La cautérisation ainsi exécutée a peut-être un peu plus de pré-

(1) Voir la livraison du 15 novembre, p. 402.

cision que celle faite avec les caustiques, mais elle en diffère peu par les résultats. Comme les caustiques, le fer rouge prévient l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire, modifie heureusement les parties altérées ; mais il ne peut être porté à la profondeur et dans l'étendue convenables pour donner aux plaies la forme que nécessite la cicatrisation, et pour prévenir tout séjour de l'urine au dedans et au dehors des voies naturelles. »

Combinaison de l'incision et de la cautérisation par le fer rouge. Pratique de M. Bonnet (de Lyon).— Si les auteurs que nous avons cités ont bien saisi les indications que présente le traitement direct des fistules urinaires ; s'ils ont indiqué des moyens qui permettent de satisfaire à chacune d'elles, ils sont loin d'avoir résolu le problème pratique qu'on doit se proposer : en suivant leurs préceptes, on emploie une méthode à l'exclusion de l'autre, par exemple, l'incision sans la cautérisation, ou la cautérisation sans l'incision. Or, aucune de ces méthodes, employée seule, ne remplit l'ensemble des indications. La cautérisation faite dans les trajets fistuleux n'en change pas assez complétement la forme, et ne peut être dirigée avec assez de précision. L'incision expose trop à tous les accidents qui sont propres aux plaies, surtout quand ces solutions de continuité sont en contact avec l'urine.

Des incisions faites à la profondeur et dans l'étendue convenables, et suivies, comme le conseille M. Bonnet, d'une application du fer rouge sur toute l'étendue de leurs parois, permettent de combiner la précision qui est propre à l'instrument tranchant avec l'innocuité relative qu'entraîne l'application du feu.

Cette innocuité du feu peut sembler douteuse à ceux qui ne jugent les moyens thérapeutiques qu'au point de vue de la doctrine de l'irritation ; elle est évidente pour ceux qui ne consultent que l'expérience. Le fer rouge appliqué sur les plaies que doit baigner l'urine les couvre d'une couche protectrice, excite l'inflammation adhésive, prévient l'infiltration d'urine, les érysipèles et les œdèmes, et modifie les trajets fistuleux de manière à préparer sur leurs surfaces le développement des bourgeons charnus. Pour tirer tout le parti possible de cette combinaison, nous allons fixer les règles des incisions et des cautérisations telles que M. Bonnet les a tracées dans ses leçons cliniques.

Une étude attentive de l'anatomie pathologique des fistules urinaires a démontré à M. Bonnet que ce n'était pas au milieu du bulbe, mais sur l'un de ses côtés que se perce ordinairement le canal. De cette perforation unique, l'urine se creuse une première cavité lon-

gitudinale dans l'espace triangulaire situé entre le bulbe et la racine des corps caverneux ; c'est de là qu'elle s'irradie en divers sens, les fistules se portant les unes en avant, les autres en arrière.

Ceci posé, M. Bonnet établit que la longueur de l'incision doit être celle qui sépare l'ouverture la plus antérieure des fistules de l'ouverture située le plus en arrière ; et la profondeur, celle qui sépare la peau de l'un des côtés du canal. L'incision faite à la profondeur de 1 centimètre à peu près, il introduit des sondes cannelées dans chacun des trajets fistuleux, et il incise toutes les fistules, de manière à ce que leurs sections viennent toutes converger dans l'incision centrale. Cette incision est ainsi rendue de plus en plus profonde. M. Bonnet craint peu de léser l'urètre, puisqu'il se tient toujours sur l'un de ses côtés ; et, pour plus de sûreté, lorsqu'il arrive à la partie profonde, une sonde introduite dans le canal jusqu'au rétrécissement lui indique les parties qu'il doit ménager. Tant que l'on ne coupe que sur la sonde cannelée, introduite dans les fistules, on ne peut pas craindre d'aller trop profondément, puisque ces fistules s'arrêtent nécessairement au ligament triangulaire.

Quelquefois, dans ces opérations, on est obligé de séparer en avant complétement les deux testicules et même d'inciser jusque sur le ventre ; d'autres fois, on est obligé de prolonger l'incision en arrière jusque dans le rectum, comme dans l'opération de la fistule à l'anus.

Les incisions terminées, on lie les artères volumineuses ; des fers rouges sont ensuite promenés sur toute la surface de la plaie, et l'on ne s'arrête dans cette cautérisation qu'après l'avoir rendue complétement sèche et noire. Pour ne point blesser le canal de l'urètre, on doit toujours s'assurer de sa situation en s'aidant de la sonde, et ne faire presser les cautères que sur les parties latérales. Huit à dix fers rouges sont souvent nécessaires pour cette cautérisation, qui exige souvent dix à quinze minutes.

Il va sans dire que des linges humides doivent préserver de la chaleur les parties que l'on veut épargner.

Les résultats que M. Bonnet a obtenus des incisions et des cautérisations profondes des fistules, associées à l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre, ont été généralement favorables. Il a eu des succès assez nombreux et assez constants pour qu'il nous soit possible d'assurer que l'on a les plus grandes chances de guérir les fistules les plus compliquées. M. Bonnet a des raisons puissantes pour insister sur l'efficacité de cette méthode de traitement ; car c'est à elle qu'il a dû l'honneur d'être appelé à Naples en 1851. Il avait obtenu un succès complet en 1848 chez un Napolitain qui

avait une fistule au rectum et sept fistules au périnée. Ce Napolitain, arrivé en France exténué par la fièvre, la suppuration des voies urinaires et les douleurs les plus vives, était revenu dans son pays plein de vigueur et de santé. Il avait vu, quelques années plus tard, un de ses amis tomber dans une situation encore plus triste que la sienne et qui, se trouvant dans l'impossibilité de faire le voyage, engagea M. Bonnet à se rendre auprès de lui.

M. Bonnet a eu l'occasion d'utiliser six fois cette méthode de traitement, pour détruire des fistules compliquées, des rétrécissements fibreux que la dilatation avait été impuissante à guérir. Le premier malade sur lequel il a fait, en 1847, l'application de cette méthode de traitement, avait une fistule dans le milieu de la verge; elle était consécutive à l'extraction d'un calcul qui avait été faite à Montpellier. L'observation de ce cas se trouve dans le mémoire que j'ai publié (¹). Je me contente de l'indiquer ici, car cette fistule consécutive à une extraction de pierre était située dans le canal de l'urètre; elle diffère trop profondément des fistules auxquelles cet article est consacré.

Le second malade est ce Napolitain dont nous avons parlé plus haut, et dont voici l'observation avec tous ses détails.

Obs. IV. — *Rétrécissement du canal de l'urètre, que l'on ne peut dilater au delà de 3 millimètres, après trois mois et demi de dilatation temporaire et progressive. — Six fistules au périnée, accompagnées d'induration considérable et d'inflammation très-vive. — Large débridement du périnée. — Cautérisation profonde par le fer rouge de la plaie et des trajets fistuleux. — Dilatation du rétrécissement. — Insuccès. — Incision de la coarctation d'avant en arrière, à l'aide du scarificateur perforé. — Emploi avantageux des sondes à forte courbure, de M. Le Roy d'Etiolles. — Guérison.* — M. C..., négociant à Naples, âgé de trente-cinq ans, doué d'un tempérament sanguin et nerveux, était affecté depuis longues années d'un de ces rétrécissements du canal de l'urètre qui, par leur étroitesse, leur longueur et la densité de leurs parois, résistent à la dilatation et à toutes les méthodes généralement mises en usage. Ce malade s'était, en effet, mis à Naples entre les mains de chirurgiens habiles, et malgré toutes les tentatives entreprises dans le but de vaincre son rétrécissement, celui-ci n'avait jamais pu être franchi par la plus petite sonde. Cette coarctation opiniâtre, s'aggravant de jour en jour, avait fini par donner naissance à des fistules périnéales qui venaient singulièrement compliquer sa position. Fatigué, et, pour ainsi dire, démoralisé par ces tentatives infructueuses, en proie à de violents accès de fièvre avec frissons, suivis de sueurs abondantes, qui avaient déjà altéré sa constitution, affaissé sous le poids d'une de ces souffrances intolérables, ce malade se décida à venir chercher en France, sinon la guérison complète de son rétrécissement et de ses fistules, du moins un soulagement qui pût le mettre à même de supporter la vie sans éprouver ces horribles douleurs qui l'avaient rendu extrêmement irritable.

(¹) Gazette des hôpitaux, septembre 1848.

Voici l'état que présentait M. C... à son arrivée à Lyon, aux premiers jours de février 1848.

Le périnée est le siége d'une tumeur occupant tout l'espace compris entre l'anus, les cuisses et les bourses, qui en sont enveloppées. Cette tumeur dure, percée de cinq trajets fistuleux, est assez volumineuse pour atteindre le niveau de la partie inférieure des testicules, que l'on ne peut distinguer au milieu des tissus épaissis qui les entourent. L'urine suinte presque continuellement par les trajets fistuleux; la peau du périnée, excoriée par ce contact prolongé, offre une rougeur âcre dans la plus grande partie de son étendue.

Le malade est obligé d'uriner très-fréquemment. La nuit, l'excrétion de l'urine l'oblige de se lever de six à dix fois. Lorsqu'il fait ainsi des efforts pour uriner, le liquide tombe goutte à goutte par l'extrémité de l'urètre; elle sort par un jet continu des trajets fistuleux, et le plus souvent quand il urine, un jet de ce liquide s'échappe par le fondement avec des matières délayées. Il a besoin de deux vases, l'un pour recevoir les liquides qui s'écoulent par le périnée et par l'anus, l'autre pour recevoir celui qui sort par la verge. Le dernier forme à peine le sixième de la quantité excrétée. Des efforts douloureux accompagnent toujours l'émission de l'urine.

L'introduction d'une sonde ou d'une bougie est tellement douloureuse, qu'elle arrache des cris au malade et qu'on a peine à la pousser jusqu'au rétrécissement. On ne peut donc déterminer de prime abord le siége, le diamètre et la largeur de celui-ci. Les urines sont tantôt purulentes, tantôt chargées de mucosités abondantes. Sous l'influence de l'irritation causée par le voyage, l'excrétion de l'urine est continue, car elle s'écoule involontairement, soit par la verge, soit par les fistules.

Les matières fécales sont toujours liquides; ce qui tient sans doute à l'inflammation du rectum, produite par l'épanchement de l'urine dans la cavité de cet organe. Le doigt ne permet pas du reste de reconnaître l'ouverture par laquelle l'urine entre dans le fondement, ni la moindre tuméfaction de la prostate.

Ces symptômes locaux, qui démontrent qu'avec un rétrécissement très-étroit et des fistules nombreuses existe une inflammation de la vessie et du rectum, sont accompagnées de symptômes généraux graves. Le pouls est toujours fréquent, la peau brûlante. Comme dans toutes les maladies graves des voies urinaires, on voit se manifester des accès de fièvre avec frissons, suivis de chaleur et de transpiration abondante. Le malade, dans un état de prostration, est pâle, et dans un découragement voisin du désespoir. Il désire ardemment sa guérison; mais son courage est abattu, et il ne peut se résigner à aucune des douleurs que le traitement et en particulier l'introduction des sondes doit entraîner.

Dans une situation aussi grave, il y avait impossibilité de dilater le rétrécissement afin d'obtenir consécutivement la guérison des fistules. Depuis seize mois l'on avait essayé la dilatation sans pouvoir franchir le rétrécissement, et la sensibilité locale et générale était si vive, que toute nouvelle tentative de ce genre ne pouvait être supportée, et n'aurait abouti qu'à renouveler les accès de fièvre intermittente.

M. Bonnet pensa que l'indication à remplir était de débrider largement le périnée, afin que l'urine et le pus qu'il renfermait eussent une issue facile

au dehors, et de faire cesser l'engorgement inflammatoire dont cette partie était le siége.

Guidé par des observations antérieures que nous indiquerons plus tard, il pensa devoir, pour remplir cette seconde indication, recourir à la cautérisation au moyen du fer rouge.

Ce plan fut exécuté le 10 février 1848, en présence de MM. les docteurs Pommies, Rerolle et Tessier. Le malade étant endormi au moyen du chloroforme et placé sur le bord du lit, dans la même position que pour l'opération de la taille, une incision de 14 centimètres de long, étendue de la fistule la plus antérieure au-devant du rectum, pénétra dans un tissu lardacé à 3 centimètres de profondeur. Une sonde cannelée fut introduite successivement dans tous les trajets fistuleux, aussi profondément qu'elle put pénétrer, et chacun de ces trajets fut incisé de manière à venir s'ouvrir dans la vaste solution de continuité qui occupait le centre du périnée. Tous ces débridements opérés, toutes les fistules furent réunies en une seule ouverture, celle-ci avait 14 centimètres de long et 5 centimètres de profondeur à sa partie moyenne. Du pus mélangé d'urine s'était écoulé pendant l'opération; mais il n'y avait point de cavité dans la tumeur, celle-ci était formée par un tissu lardacé qui entourait les trajets fistuleux; le sang jaillissait par une multitude d'artères. Plus de quinze fers rouges furent éteints dans cette vaste excavation, et l'on ne s'arrêta que lorsqu'il ne s'écoula plus aucune goutte de ce liquide.

Les suites de cette opération, formidable en apparence, furent aussi simples que le sont d'ordinaire celles où le fer rouge est appliqué sur des tissus depuis longtemps engorgés. Les douleurs du périnée, la fièvre et la fréquence des besoins d'uriner diminuèrent dès le second jour. Du reste, l'urine continua à s'écouler par le périnée et par le fondement, comme elle le faisait auparavant.

Le 20 février, dix jours après cette profonde cautérisation, l'on commença le traitement de la coarctation du canal de l'urètre par la dilatation. Une bougie en cire, de 3 millimètres de diamètre vers son extrémité inférieure, pénétra à 12 centimètres et demi de profondeur sans rencontrer d'obstacle. Après quelques tâtonnements, elle pénétra dans le rétrécissement, à la profondeur de 1 centimètre; elle y était extrêmement serrée. Dès ce moment, la dilatation fut faite pendant deux mois et demi, c'est-à-dire depuis le 20 février jusqu'aux premiers jours de juin, avec les précautions et les résultats suivants.

Pendant les cinq premières semaines, on n'introduisit la sonde en gomme élastique qu'une fois par jour. Pendant les semaines suivantes, la dilatation fut répétée matin et soir; la durée de chaque dilatation fut augmentée progressivement de cinq à vingt minutes, temps qui ne fut pas dépassé. On pénétra graduellement à des profondeurs de plus en plus grandes; et vers le milieu d'avril, c'est-à-dire après deux mois de dilatation, les bougies pénétrèrent, la verge étant relâchée, jusqu'à 17 centimètres et demi.

Pour aller jusqu'à cette profondeur, qui ne put jamais être dépassée, quelle que fût la ténuité des sondes employées, on devait se servir de bougies de 3 millimètres de diamètre; mais jusqu'à la profondeur de 15 centimètres, on pouvait faire pénétrer des sondes de 4 millimètres. Le rétrécissement devenait donc de plus en plus étroit, à mesure que l'on allait plus avant. Dans la longueur de 5 centimètres, que l'on pouvait ainsi lui reconnaître, on constatait que les parois étaient très-résistantes, car les bougies y étaient serrées avec une force extrême.

La seconde période du traitement que nous venons de décrire, celle qui appartient à la dilatation, ne fut accompagnée d'aucun accès de fièvre; la plaie du périnée se détergea et se rétrécit peu à peu; la santé générale subit aussi de l'amélioration; mais le cours des urines conserva presque complètement sa direction vicieuse; les gouttes qui sortaient par la verge étaient seulement plus rapprochées, sans former toutefois des jets continus, et l'urine ne s'échappait par le fondement et par le périnée que lorsque le malade faisait des efforts pour débarrasser sa vessie.

Au commencement de mai, c'est-à-dire après deux mois et demi de dilatation, n'obtenant plus depuis trois semaines aucune amélioration, et ne pouvant ni pénétrer au delà de 17 centimètres et demi, ni faire entrer des sondes, quelle que fût la substance qui entrât dans leur composition, de plus de 3 millimètres de diamètre, M. Bonnet se décida à faire l'incision du rétrécissement; mais aucun des instruments qui coupent ceux-ci d'arrière en avant ou de dedans en dehors, ne pouvant pénétrer dans le canal étroit que la dilatation ne pouvait porter au delà de 3 millimètres, il pensa ne pouvoir sortir de l'extrême difficulté que présentait ce cas qu'en employant la section d'avant en arrière suivant le procédé et en se servant de l'instrument que nous avons décrit plus haut.

Le 4 mai, près de trois mois après le début du traitement, le malade étant de nouveau endormi et placé sur le bord du lit comme dans l'opération de la taille, le doigt indicateur gauche introduit dans le fondement, M. Bonnet essaya, en présence des mêmes docteurs qui l'avaient assisté lors de la cautérisation, de pénétrer à travers la coarctation avec un cathéter solide de 3 millimètres de diamètre. Il put y réussir. Quelque regret qu'il éprouvât de se décider à la scarification sans avoir pu déterminer la profondeur extrême du rétrécissement, il pratiqua l'opération décrite plus haut : une sonde en gomme élastique, percée à ses deux extrémités et de 3 millimètres de diamètre, portant pour mandrin la tige G H représentée dans la figure (Voy. p. 221), fut introduite dans le canal jusqu'à 17 centimètres et demi, puis retirée; le fil conducteur restant en place, le scarificateur fut poussé le long de celui-ci jusqu'au rétrécissement. La verge étant alors tendue par un aide et le fil conducteur maintenu par la main gauche de l'opérateur, l'instrument fut ouvert comme on le voit dans la figure 2 et poussé à 17 centimètres et demi de profondeur. Tout étant alors retiré, après avoir au préalable refermé le scarificateur, on introduisit dans le canal une sonde en étain de 6 millimètres deux tiers, et elle pénétra jusque dans la vessie, ainsi qu'une sonde de 7 millimètres. L'urine s'écoula librement, à la grande satisfaction de l'opérateur et de ceux qui l'assistaient; cette dernière sonde retirée, il fut impossible d'en placer une en gomme élastique; malgré les tentatives elle s'arrêta toujours au col de la vessie.

Les suites de cette opération furent loin d'être aussi simples que celles de la cautérisation du périnée par le fer rouge. Deux heures après qu'elle eut été faite, le malade put uriner, il est vrai, par un jet extrêmement large et avec la sortie de quelques gouttes d'urine par le périnée; l'écoulement du sang fut peu considérable et s'arrêta au bout de vingt-quatre heures; mais la seconde fois que l'urine fut excrétée, ce qui eut lieu quatre heures après l'opération, il y eut un frisson des plus intenses, qui se prolongea plus d'une demi-heure, et fut suivi d'une fièvre ardente et d'une abondante transpiration. La fièvre resta continue, les traits s'altérèrent, et pendant trente-six heures le malade cessa d'uriner. Une nouvelle introduction de la sonde démontra l'existence d'une suppression d'urine, lorsqu'à la fin du deuxième jour qui suivit cette opération le malade

urina de nouveau; le jet du liquide fut encore large comme deux heures après l'opération; mais, dès ce moment, il se rétrécit peu à peu, et le quatrième jour il sortait par le périnée presque autant d'urine qu'avant l'opération; il ne s'en écoulait plus, il est vrai, par le fondement; cette amélioration ne s'est pas démentie depuis. Quelques tentatives faites avec diverses espèces de sondes ne permirent plus de pénétrer dans la vessie, et l'on fut obligé de suspendre tout traitement, de peur d'exaspérer la fièvre continue et l'état d'affaiblissement dans lequel le malade était retombé.

Le 14 mai, dix jours après l'opération, il se trouvait dans cet état de découragement et de fièvre, lorsque pour faire cesser celle-ci, contre laquelle l'attente et le repos étaient impuissants, M. Bonnet pensa à recourir au procédé hydrothérapique, dont il avait fait souvent un heureux emploi dans des cas analogues. Pendant trois jours de suite, on fit matin et soir l'enveloppement humide et la lotion générale une demi-heure après; la fièvre diminua et cessa peu à peu d'une manière complète.

Le 22 mai, dix-huit jours après la section du rétrécissement, le malade avait recouvré la santé qu'il avait avant cette dernière opération; mais l'urine sortait toujours, au moins pour les deux tiers, par la fente du périnée alors très-rétrécie. Il fallait évidemment retrouver le canal qui avait été formé artificiellement et mettre une sonde à demeure dans la vessie. La pusillanimité du malade obligea de l'endormir de nouveau pour faire cette opération, qui réussit, non sans quelques difficultés.

A partir de ce moment, le traitement de ce malade n'offre plus assez d'intérêt pour le rapporter tout au long; il nous suffira d'en noter les circonstances principales.

La sonde à demeure fût aisément supportée; mais il arriva qu'étant sortie accidentellement (elle n'entrait dans la vessie qu'à 22 centimètres), on ne put réussir à faire pénétrer des sondes ordinaires. Cette nouvelle difficulté fut heureusement vaincue par l'emploi des sondes à forte courbure que M. Le Roy d'Etiolles a imaginées et qu'il a désignées sous le nom de sondes *passe-partout*. Celles-ci purent franchir avec facilité le rétrécissement et le col de la vessie. On les porta progressivement de 5 millimètres à 7 millimètres deux tiers; seules elles purent pénétrer jusque dans la vessie, et toutes les tentatives que l'on fit pendant trois mois avec des sondes munies de mandrin ayant les courbures les plus vives restèrent sans résultat. L'on s'arrêtait toujours dans la cavité que formait la dilatation de l'urètre entre le rétrécissement et le col de la vessie. Il est à présumer que, sans les sondes *passe-partout*, il eût été impossible de compléter le traitement et de tirer parti de toutes les opérations laborieuses qui en avaient marqué les premiers temps.

La persistance de la cure a été constatée, en 1851, par MM. Bonnet et Pommiès, et dans ces derniers temps par M. Palasciano. Il est à noter que M. C... n'a jamais négligé de passer des sondes en étain, au moins tous les huit à dix jours.

En novembre 1848, M. Bonnet eut à traiter à l'Hôtel-Dieu un rétrécissement de l'urètre, accompagné de six trajets fistuleux, datant de huit mois, dont trois s'ouvraient dans les bourses, deux à la partie inférieure des parois abdominales, et un autre à la partie supérieure de la racine de la verge. L'incision et la cautérisation des

trajets fistuleux, suivie de la section du rétrécissement, furent couronnées d'un succès qui ne se démentit que plusieurs années après, comme on pourra en juger par les détails de cette observation.

OBS. V. *Rétrécissement du canal de l'urètre, accompagné de fistules périnéales s'ouvrant dans les bourses, à la partie supérieure de la racine de la verge et à l'extrémité inférieure des parois abdominales. — Incision et cautérisation profonde des trajets fistuleux. — Section d'avant en arrière du rétrécissement. — Guérison.* (Observation rédigée par M. Gay.) — Benoît Pollet, ferblantier, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution altérée par les souffrances, se fit admettre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, vers la fin de novembre 1848, pour un rétrécissement de l'urètre, accompagné de six trajets fistuleux datant de huit mois, dont trois s'ouvraient dans les bourses, deux à la partie inférieure des parois abdominales, et un autre à la partie supérieure de la racine de la verge. Le bas-ventre, la verge, mais surtout les bourses, sont durs, rouges, considérablement engorgés et fluctuants, et lorsqu'on exerce une légère pression sur ces diverses parties, on en fait facilement sortir de l'urine, mélangée à du pus, par les ouvertures fistuleuses. A chaque instant, le besoin d'uriner se fait sentir; mais le liquide ne sort que goutte à goutte par le méat urinaire, tandis que la plus grande partie s'échappe, par un jet continu, des trajets fistuleux. L'introduction d'une sonde dans le canal est très-douloureuse, et elle s'arrête à 6 centimètres de profondeur. Lorsqu'on se sert des sondes métalliques à tête, de Bell, de 3 millimètres, on reconnaît qu'il existe plusieurs rétrécissements successifs, le premier à 6 centimètres, que l'on franchit après quelques minutes de tâtonnement; mais on trouve un obstacle infranchissable à 10 centimètres de profondeur. Une corde à boyau n'a pu franchir non plus ce rétrécissement, et s'arrête à 11 centimètres, et chaque fois qu'on essayait d'aller plus en avant, le malade était saisi de frissons, de fièvre et de transpiration abondante, et on était obligé de suspendre l'introduction des bougies. Le 15 décembre, un érysipèle survient après une tentative de ce genre, avec induration du tissu cellulaire sous-cutané, se confondant d'une manière insensible avec les parties saines; la rougeur qui se manifeste ne peut être que le résultat d'une infiltration nouvelle d'urine, et on reconnaît même une fluctuation bien évidente. M. Bonnet pensa que ce qu'il y avait de mieux à faire en pareille circonstance était de donner une issue facile à l'urine, une issue telle qu'il n'y avait pas à craindre de nouvelles infiltrations, en ouvrant largement les trajets fistuleux, et en cautérisant ensuite avec le fer rouge.

Le 23 décembre, le malade ayant été chloroformisé et placé dans une position convenable, une incision fut faite, allant de l'épine iliaque gauche jusqu'en arrière des bourses, divisant même les bourses, qui étaient le siége d'un engorgement considérable. Ensuite, une sonde cannelée ayant été introduite dans chaque fistule, on fit quatre incisions partielles qui aboutissaient toutes à l'incision principale. Après avoir lié les artères sous-cutanées, qui donnaient beaucoup de sang, la cautérisation au fer rouge fut faite sur toute la surface de cette énorme plaie, qui, dans son grand diamètre, n'avait pas moins de 20 centimètres de longueur.

Les suites de cette effrayante opération furent aussi simples que celles des deux observations précédentes. Le lendemain, le malade n'eut qu'un peu de fièvre; elle cessa entièrement le 26, trois jours après l'opération. Le 27, un

petit abcès, qui se déclara au-dessus du pli de l'aine du côté droit, fut ouvert avec le bistouri et pansé avec l'alcool vulnéraire.

Le 5 janvier 1849, les escarres sont tombées; la plaie est rouge, de bon aspect; les callosités et les duretés de la verge et des bourses ont entièrement disparu, et grâce à cette disparition de l'engorgement, le canal de l'urètre, qui, avant l'opération, ne laissait passer qu'avec peine une corde à boyau de 1 millimètre et demi de diamètre, put recevoir, trois semaines après, une sonde de 5 millimètres.

Le 10, on commence le traitement du rétrécissement, qui, vers le 20, ne fait plus aucun progrès, et ne laisse passer qu'une sonde de 4 millimètres et demi.— Le 25, section de ce rétrécissement par le scarificateur, comme dans les deux observations citées plus haut; peu de sang, peu de fièvre. On peut alors faire pénétrer jusque dans la vessie une sonde de 8 millimètres de diamètre.

Le 1er février, la plaie est entièrement cicatrisée, et le 12, le malade sort parfaitement guéri.

Ce malade est celui qui eut une récidive et qui finit par succomber au commencement de 1854.

Quant au périnée, l'engorgement dont il était le siége avait presque complétement disparu du troisième au quatrième mois qui suivit la cautérisation. La vaste plaie résultant de la première opération s'était rétrécie de plus des trois quarts. Mais ses deux bords s'étaient cicatrisés isolément, le fond s'était recouvert de végétations fongueuses, et, lorsque la sonde n'était pas libre et que le malade était forcé d'uriner, le liquide passant entre cette sonde et le canal de l'urètre s'échappait encore par le périnée. Un traitement spécial sur cette partie était donc de nouveau nécessaire. Le mois de juin et le commencement de juillet furent consacrés à des cautérisations répétées avec la pâte de chlorure de zinc, au moyen desquelles on aviva de nouveau les parties latérales de la solution de continuité, et on détruisit la lèvre droite de cette plaie, qui était beaucoup plus volumineuse que l'autre.

En même temps que l'urine s'écoulait constamment par la sonde et que la plaie du périnée était avivée, la cicatrisation faisant des progrès, le malade, qui avait repris sa gaieté, son appétit et sa vigueur ancienne, pouvait se lever et faire quelques promenades; enfin, vers le 10 du mois d'août, c'est-à-dire six mois après le début du traitement, la cicatrice du périnée était complète, et il ne restait dans cette partie d'autres traces des graves lésions dont elle avait été le siége et des opérations qu'on y avait pratiquées que des cicatrices peu apparentes et une fente d'un demi-centimètre de profondeur, dont les bords étaient cicatrisés isolément et qui s'étendait des bourses au rectum.

L'on faisait pénétrer sans peine jusque dans la vessie des sondes de 7 millimètres deux tiers de diamètre, et depuis cinq semaines, dans les quelques cas où le malade avait uriné sans sonde, il ne s'écoulait point d'urine par le périnée.

En 1850, M. Bonnet traita encore, dans la maison de santé de M. Moussier, M. Girod, de la Drôme, qui portait de nombreuses fistules périnéales consécutives à un rétrécissement fibreux du canal de l'urètre. Pour brûler tous les trajets fistuleux, il fut obligé de séparer les deux testicules. Cinq semaines après la cautérisation, il fit la section du rétrécissement. Plusieurs cautérisations secondaires avec le chlorure de zinc furent nécessaires pour faire cicatriser les plaies,

et le malade put quitter Lyon entièrement guéri, trois mois après le début de ce traitement. Depuis lors, il a été revu chaque année, et la cure se maintient encore.

En 1853, un malade du Puy fut opéré par M. Bonnet, de nombreuses fistules qu'il portait au périnée. La cicatrisation des trajets fistuleux, qui avaient été opérés par l'incision et la cautérisation, était presque complète six mois après le début du traitement. A cette époque, on n'avait pu encore franchir le rétrécissement; M. Barrier, qui pendant l'absence de M. Bonnet, donna des soins au malade, finit enfin, après plusieurs tentatives, par faire la section du rétrécissement, et le malade put retourner dans son pays, parfaitement guéri.

Enfin, en 1855, M. Bonnet traita à l'Hôtel-Dieu un malade atteint aussi de fistules du périnée, consécutives à un rétrécissement fibreux du canal de l'urètre. La cautérisation des trajets fistuleux fut accomplie comme précédemment; mais une maladie de la moelle épinière empêcha de s'occuper activement du rétrécissement, qui n'avait pas encore été franchi lorsque M. Bonnet quitta son service, cinq mois après le début de son traitement.

D[r] Philipeaux.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Par M. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité.

Suite (1).

Temps pendant lequel on doit continuer à donner le quinquina. — Dans les premiers temps de l'emploi du quinquina, on cessait de donner ce médicament aussitôt que la fièvre avait disparu. Maintenant on se comporte tout différemment; seulement, comme il n'y a pas de règles, chacun fait à sa fantaisie.

Torti réservait la moitié pour prévenir le retour de la fièvre, la moitié de la dose nécessaire pour traiter toute la maladie, et comme il pensait que les récidives de la fièvre avaient lieu le plus habituellement sept jours après l'accès arrêté, il donnait le quinquina deux jours de suite, puis il le suspendait les jours suivants, pour ne le plus donner que le sixième jour.

Sydenham s'arrêtait dès qu'un accès avait été arrêté, et le hui-

(1) Voir le numéro du 30 septembre, page 252.

tième jour après la prise de la dernière dose, il recommençait sa première prescription, et ainsi de suite trois à quatre fois.

Le fameux Talbot employait une livre et demie de quinquina et faisait durer le traitement un mois.

M. Bretonneau donne une seconde dose cinq jours après l'accès arrêté; puis, huit jours après l'administration de cette seconde prise il en administre une troisième, et ainsi de suite tous les huit jours pendant un mois. Enfin, bon nombre de praticiens répètent l'administration du fébrifuge tous les deux ou trois jours pendant quelque temps.

En somme, il n'y a pas deux médecins, même parmi ceux qui pratiquent dans les lieux paludéens, qui s'accordent sur le temps durant lequel on doit donner le quinquina.

On peut cependant, à l'aide des données positives qu'on possède actuellement, prendre un parti fondé sur des bases rationnelles.

Ainsi, il est constaté qu'une dose de quinquina qui a été suffisante pour arrêter un accès a encore une influence suffisante pour prévenir l'arrivée de l'accès suivant. Par conséquent, il est inutile de donner les doses préservatrices plus souvent que tous les trois ou quatre jours.

Enfin, il est bien constant que l'époque à laquelle les récidives de la fièvre ont le plus souvent lieu ne tombe pas à des jours critiques, comme Hippocrate le croyait d'après des idées plus métaphysiques que médicales, et comme l'ont cru après lui tous les commentateurs. Il est également constant que, depuis que, ne croyant plus aux oracles des anciens, les médecins se sont mis à observer, chacun d'eux a établi comme époque critique bien constatée un jour différent de celui de tous les autres.

Pour Hippocrate, les jours à récidives avaient lieu de sept en sept; pour Torti, c'était le huitième et le vingt-unième, et la guérison n'était assurée que le quarantième jour; pour Wherloff, c'était le septième, puis de sept en sept pour les fièvres tierces, et le 14, le 18 et le 21 pour les fièvres quartes. Selon Sydenham, c'était le huitième jour, et toujours de huit en huit; selon M. Nepple, c'est entre le onzième et le vingt-unième jour pour la fièvre tierce, et entre le vingtième et le trentième jour pour la fièvre quarte; selon M. Bartella, c'est les septième, treizième, dix-neuvième et vingt-cinquième jour. Enfin, selon M. Bretonneau, la tendance à récidive a lieu le troisième jour, puis elle va se prorogeant et donnant la série des chiffres suivants : le quinzième, lo vingt-troisième, le trente-deuxième, le quarante-deuxième, le cinquante-quatrième, le

soixante-huitième, le quatre-vingt-quatrième, le cent quatrième, le cent vingt-huitième et le cent cinquante-huitième, c'est-à-dire environ cinq mois après le dernier accès.

De telles divergences montrent qu'il n'y a pas réellement de jours fixes pour les récidives, et l'on comprend que celles-ci soient plus faciles et plus fréquentes dans les lieux paludéens, dans les climats chauds, pendant l'automne, après les fièvres quartes, quand la rate est tuméfiée et la constitution cachexiée, après un traitement fébrifuge insuffisant, que dans les circonstances opposées.

En définitive, l'expérience montre que le plus souvent les récidives ont lieu au bout de huit à dix jours après le dernier accès, et qu'il faut continuer l'usage du fébrifuge tant que la rate est volumineuse ou que la cachexie fébrile persiste. Quand donc le malade n'est pas dans un lieu marécageux, et quand il n'y a pas de cachexie, quatre à cinq doses de sulfate de quinine données tous les trois à quatre jours, et allant chaque fois en décroissant, suffisent.

Dans les lieux paludéens, il faut au bout de huit à dix jours, à partir de l'accès arrêté, donner une dose tous les quinze jours, pendant deux à trois mois.

Lors de cachexie ou de tuméfaction de la rate, il faut donner le fébrifuge tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on soit maître de l'état pathologique.

Dans les fièvres pernicieuses, il faut continuer les doses fébrifuges au même degré pendant plusieurs jour, et n'avoir recours aux doses préservatrice qu'après ce temps.

Dans les autres maladies périodiques, on se comporte comme dans les fièvres pernicieuses; tout l'intérêt du traitement consiste à arrêter les accès, sans avoir à se préoccuper des récidives.

Dans les maladies pyrétiques continues, telles que la fièvre typhoïde, le rhumatisme soit aigu, soit chronique, les affections puerpérales, etc., et les autres maladies aiguës contre lesquelles on croit devoir employer le sulfate de quinine, l'administration s'en fait tous les jours, soit aux mêmes doses, soit à des doses graduellement croissantes, de 50 centigrammes à 2 et 3 grammes, toujours en observant un intervalle de douze heures entre la potion de la veille et celle du lendemain.

Dans ces cas, l'expérience a constaté que l'administration du sulfate de quinine ne durait pas plus de six à huit jours. Au bout de ce temps, le médicament a produit tout son effet thérapeutique, et l'on est maître des accidents, ou bien il n'a pas une puissance suffisante pour triompher de la maladie, et il faut le cesser.

Dans le rhumatisme aigu, on cesse le médicament sitôt que les douleurs cessent, quitte à le reprendre si les douleurs reparaissent. *(La fin au prochain numéro.)*

Formules de collodion caustique.

Nous avons signalé que l'addition de 50 centigrammes de deutochlorure de mercure à 30 grammes de collodion élastique formait un mélange doué de propriétés ectrotiques incontestables et dont on pouvait user pour faire avorter les pustules varioliques, le zona et l'érysipèle. Pouvait-on, en doublant et triplant la dose du sel mercuriel, arriver à rendre le collodion escarrotique? Quelques essais que nous avons tentés et ceux dont nous avons été témoin dans le service de M. Aran nous avaient prouvé qu'on pouvait obtenir la production d'une escarre solide, d'environ une ligne d'épaisseur, et que, par conséquent, on pourrait avoir recours au collodion caustique, pour détruire les télangectasies très-superficielles. Nous trouvons dans les journaux allemands que M. le docteur Macke, de Soreau, emploie avec les meilleurs résultats, dans ce cas, la formule suivante :

Collodion..................	30 grammes.
Deutochlorure de mercure....	4 grammes.

L'application s'en fait avec un petit pinceau en poil de vache, afin de limiter son cercle d'action aux parties affectées. L'escarre que cette formule détermine est d'une à deux lignes; elle se détache après trois à six jours, et la guérison du nævus a lieu par une cicatrice non difforme. S'il survient une trop forte inflammation, on a recours aux fomentations. M. Macke n'a jamais vu survenir de phénomènes d'intoxication; aussi le recommande-t-il à ses confrères, parce que le mélange est aussi facile à appliquer que certain dans ses résultats.

Chocolat au kousso.

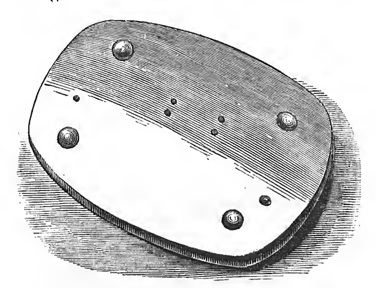
On sait que le kousso administré, soit en poudre, soit sous forme d'électuaire, provoque quelquefois des vomissements. Pour prévenir cet inconvénient, M. Gratowsky conseille de pétrir ensemble 20 grammes de kousso avec 90 grammes de chocolat aromatique, et de faire prendre aux malades ce mélange d'un goût agréable, et dans lequel le kousso n'a d'ailleurs, assure-t-il, rien perdu de son efficacité.

Nous acceptons avec réserve les assertions de M. Gratowsky, et nous doutons que le mode d'administration du nouveau ténifuge qu'il préconise soit accepté de la masse des malades.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du tremblement des mains et des doigts. — Appareil prothétique permettant d'écrire aux malades affectés de tremblement oscillatoire de la main droite.

Vous avez bien voulu donner place dans votre journal à l'appareil prothétique destiné à rendre la faculté d'écrire aux malades amputés du poignet droit, que j'ai fait connaître dernièrement ; permettez-moi d'appeler l'attention de vos lecteurs sur un autre appareil orthopédique destiné à remédier à une infirmité encore bien peu connue et bien peu étudiée, qui empêche souvent aussi les malades d'écrire, je veux parler du tremblement des mains et des doigts, espèce de tremblement à laquelle j'ai donné le nom d'*oscillatoire*, et dont j'ai fourni de nombreux exemples dans mon dernier Mémoire [1].



Le tremblement (*tremor*), qu'il ne faut pas confondre avec les mouvements convulsifs de toute nature, consiste en une petite série de convulsions hésitantes, incomplètes, est un affaiblissement de la contraction musculaire, et peut être défini un mouvement involontaire

---

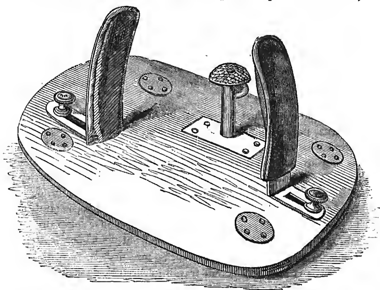
[1] Du Tremblement oscillatoire des mains et des doigts, broch. in-8 de 80 pages ; chez J.-B. Baillière.

faible, fréquemment répété ou continuel de tout le corps, mais plus ordinairement de quelques-unes de ses parties. Le tremblement auquel je me suis proposé de remédier et que personne n'a encore signalé est le plus rare de tous, et je l'ai appelé *oscillatoire*, parce qu'il consiste en un mouvement alternatif en sens contraire de la main droite quand elle est placée comme pour écrire. C'est ainsi que les doigts annulaire et auriculaire étant appuyés sur le papier, la plume étant tenue par les trois premiers doigts, la main se balance, oscille plus ou moins rapidement de droite à gauche et de gauche à droite, de façon que le malade qui écrit est obligé d'accomplir cet acte complexe par surprise, de l'escamoter en quelque sorte. Mais si quelques personnes ayant cette infirmité écrivent avec de grandes difficultés et en mettant vingt fois plus de temps qu'il n'en faut quand la main est dans des conditions normales, le plus grand nombre est dans l'impossibilité de diriger une plume, de former des lettres, d'écrire un mot.

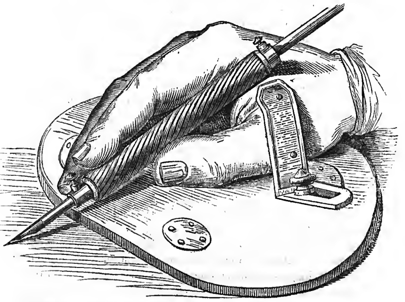
Tels sont les caractères communs de ce tremblement, qui offre, du reste, un assez grand nombre de variétés, principalement au point de vue de sa circonscription à une seule main ou de sa généralisation, de sa complication avec d'autres troubles dans la motilité de la main, l'influence exercée par la volonté ou par les émotions morales. Ainsi, chez une de mes malades, une cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, il existait une infirmité des deux mains fort singulière : la droite, dont cette femme se servait avec beaucoup de facilité pour tout ses travaux, oscillait, tremblait, était douloureuse, contractée, mais seulement alors qu'elle écrivait ; à ces douleurs s'ajoutaient le tremblement et une crampe des doigts qui ne permettaient pas de tenir une plume pendant cinq à six secondes sans la lâcher ; la main gauche elle-même, lorsqu'elle était pendante sur les côtés du corps et que l'avant-bras et elle étaient horizontalement placés sans être appuyés, était affectée de mouvements rapides d'avant en arrière et d'arrière en avant, par flexion et par extension sur l'avant-bras ; les doigts de cette dernière main présentaient, en outre, des mouvements successifs et incessants, imitant assez bien ceux qui sont nécessaires pour faire des gammes sur le piano. Chez plusieurs de mes malades, la présence d'une personne étrangère, surtout si elle les regardait former les lettres, suffisait pour augmenter la fréquence et l'intensité du tremblement ; tandis que d'autres, affectés d'un tremblement incessant, pouvaient le faire cesser à un moment donné, par la force de la volonté, en vue d'un but déterminé.

L'étiologie du tremblement des mains est une partie assez obscure

de son histoire. On peut dire cependant que le tempérament nerveux,



l'état nerveux proprement dit, prédisposent à cette névrose, qu'on



voit très-fréquemment avoir sa raison d'être chez les hommes mai-

gres, secs, grêles, emportés, colères, susceptibles, irritables, très-sensibles. Les affections morales, les émotions vives et brusques, les chagrins profonds, les études opiniâtres, les veilles prolongées, la vieillesse et l'hérédité paraissent agir dans le même sens.

Le traitement du tremblement des mains et des doigts, du tremblement oscillatoire surtout est, complexe, quelquefois inutile, parfois impossible, mais souvent fructueux, si j'en crois les résultats que j'ai déjà obtenus.

Comme tous les malades qui ont un tremblement des mains sont nerveux, impressionnables et ont éprouvé, la plupart, des émotions morales vives, des chagrins, des malheurs, des revers de fortune, etc.; ils se trouvent généralement bien de respirer l'air pur de la campagne, d'habiter des appartements bien exposés, de faire de l'exercice, de se créer des occupations agréables, de cultiver un jardin, de se fatiguer pendant leurs promenades, de prendre du repos après de trop grands travaux, de voyager, de se distraire, de se soustraire autant que possible à l'action des causes qui ont donné lieu au tremblement. Dans certaines circonstances, mes malades se sont bien trouvés de la cessation de tout travail intellectuel, de toute application, de la vie des champs, des travaux agricoles, de l'équitation, de la chasse, de la pêche, etc. Les bons effets de la musique ont été très-marqués chez un de mes malades.

Au traitement moral et hygiénique que je viens d'esquisser à grands traits, il faut joindre une alimentation rafraîchissante pour certains tremblements, une alimentation relâchante et peu réparatrice pour certains autres. Quelques trembleurs névropathiques ont dû être soumis à une alimentation moyenne, c'est-à-dire plus ou moins réparatrice, mais aussi peu tonique ou peu délayante. Enfin, une alimentation tonique et très-réparatrice doit souvent être prescrite pour remédier à la faiblesse des vieillards, au tremblement sénile.

Bien que je n'aie pas négligé l'usage des agents pharmacologiques chez les malades dont j'ai eu à diriger le traitement, les résultats ont été si peu marqués que je crois inutile de les noter ici. Au reste, les succès obtenus par ces divers moyens, ainsi que par les moyens chirurgicaux, sont si peu nombreux, et ces semblants de réussite se sont maintenus si peu de temps que l'on peut dire sans exagération que l'art est impuissant à guérir le tremblement des mains, le tremblement oscillatoire surtout. Mais on peut, grâce à un moyen que j'ai imaginé, faire écrire presque tous les malades qui ont un tremblement oscillatoire de la main droite. Ce moyen consiste en un appareil auquel j'ai donné le nom de porte-main, et qui se compose

d'une tablette d'acajou, au-dessous et aux quatre angles de laquelle jouent quatre boules en ivoire, qui font l'office de roulettes. Sur les côtés de cette tablette, vue par la face supérieure ou manuelle (V. la première planche, page 507) et en arrière, sont deux montants matelassés, qu'on éloigne ou qu'on rapproche à volonté, à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de pression. Entre les deux montants et à deux ou trois centimètres en avant est un support qu'on peut abaisser ou élever en faisant jouer une vis de pression. Ce support, qu'on peut supprimer pour le plus petit nombre des malades, est presque toujours un bon appui pour la paume de la main, qu'il sert à fixer.

Pour se servir de cette machine orthopédique, il faut placer la main droite, armée d'une plume, entre les montants, appuyer la paume de cette main sur le support et écrire sans s'occuper du déplacement du porte-main, qui s'effectue sans embarras et sans effort aucun, grâce au jeu des quatre roulettes en ivoire (V. la seconde planche, page 509).

L'avenir fera juger de la valeur de ce mode de traitement particulier à l'aide duquel je suis parvenu, non pas à guérir le tremblement de la main et des doigts, cela n'est pas encore possible, mais à pallier cette infirmité chez la plupart des personnes qui en sont porteurs, en leur rendant la faculté d'écrire. J.-J. Cazenave,

Correspondant de l'Académie de médecine, à Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres choisies d'Hippocrate, traduites sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnées d'arguments, de notes, et précédées d'une introduction, par le docteur Ch. Daremberg, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, bibliothécaire honoraire de l'Académie de médecine, etc.; 2e édition, entièrement refondue. Paris, Labé, éditeur.

Trois mille ans ont passé sur les cendres d'Homère,
Et, depuis trois mille ans, Homère respecté
Est jeune encor de gloire et d'immortalité.

Que le lecteur ne s'effarouche pas de ce début solennel : en appliquant ces vers d'André Chénier à notre Homère à nous, à l'illustre médecin de Cos, nous n'avons d'autre intention que de protester encore une fois contre ce mépris systématique de la tradition dont quelques hommes attardés se sont fait naguère les organes imprudents. Que ces fiers contempteurs du passé y prennent garde;

on peut, dans les tournois académiques, remporter la palme de la verve et de l'esprit, mais c'est là une victoire d'un jour, t qui ne compte guère au tribunal de la postérité, qui ne compte même guère aux yeux des contemporains, quand ceux-ci sont des hommes graves et sérieux. A entendre ces facétieux iconoclastes, il n'y a de science vraie que dans nos livres, dans leurs livres surtout, bien entendu; le passé, c'est le chaos que l'esprit de Dieu n'a point vivifié. C'est là, croyez-le bien, une pure vanterie : lorsqu'on fouille dans les vieilles archives de la science, on y trouve presque toujours les premiers linéaments des découvertes modernes, quand on n'y trouve pas ces découvertes toutes faites. Comme on l'a dit de Racine, à une certaine époque qui n'est pas bien éloignée de nous, certains diraient presque d'Hippocrate que c'est un polisson. Nous voudrions qu'une fois pour toutes, on répondit d'une façon péremptoire à ces insulteurs; ce serait tout simplement de maximer leurs innovations pratiques, leurs idées vraiment originales, de les réduire en aphorismes : ce ne serait pas long, je vous assure, et une coque de noix suffirait à loger le bagage scientifique ainsi réduit de plus d'un de ces princes nouveau-nés de la médecine.

En attendant que ce travail se fasse, et il se fera peut-être dans quelques jours, c'est le devoir de tous les vrais amis de la science sérieuse d'encourager les hommes laborieux qui s'efforcent de remettre en honneur les études historiques. Bien que nouveau venu dans cette voie féconde, M. Daremberg, tout le monde le sait, y occupe déjà un rang distingué après les Littré, les Dezeimeris et les Raige Delorme. En reparlant aujourd'hui de l'œuvre dont il s'agit en ce moment, nous n'avons pas l'intention d'en faire même une analyse sommaire, c'est un soin dont nous nous sommes déjà en partie acquitté, en parlant, il y a quatre années, de la première édition des Œuvres choisies d'Hippocrate. Nous nous contenterons de constater ici que cette seconde version des principaux travaux de l'œuvre hippocratique est beaucoup plus complète que la première.

Alors que M. Daremborg débutait dans la carrière de philologue et de critique, dans laquelle il a depuis marché à pas de géant, nous avons entendu révoquer en doute son aptitude à ces travaux difficiles. A qui conserverait encore quelques doutes à cet égard, nous conseillons de lire l'introduction étendue qui précède cette seconde édition des Œuvres choisies de l'immortel vieillard, comme on disait quand on apportait encore quelque vergogne dans l'examen critique de la science du passé. Cette lecture donnera la mesure de la science philologique du savant bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine,

et montrera qu'on ne saurait suivre un meilleur guide que cet auteur dans l'étude de la science grecque.

D'ailleurs, outre que M. Daremberg, dans cette nouvelle édition, a notablement élargi le champ des discussions historiques, il y a également introduit un bon nombre de nouveaux fragments pleins d'intérêt, qui font pénétrer plus avant dans les profondeurs de la science antique.

Nous ne voulons pas terminer ces quelques lignes sur l'œuvre importante du savant bibliothécaire de l'Institut, sans l'engager à compléter cette œuvre, ainsi qu'il nous le promet, et sans l'inviter en même temps à poursuivre activement le même travail qu'il a commencé sur Galien, et dont il nous a déjà donné le premier volume. Ouvrir ainsi les sources de la science antique, c'est servir plus qu'on ne croit la science contemporaine et en rehausser l'autorité, en montrant que la médecine n'est pas un enfant trouvé, qu'elle a dans le passé de grands et nobles aïeux.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de la pepsine dans la diarrhée des jeunes enfants. — Le Mémoire de M. Corvisart sur les ressources nouvelles que la pepsine acidifiée offre à la médecine pratique [1] contenait des observations trop nombreuses et surtout trop concluantes pour que nous ayons cru nécessaire de mentionner les faits nouveaux qui se sont produits depuis. Parmi les conclusions formulées par notre confrère, il en est une qui demandait à être vérifiée par l'expérimentation clinique. M. Corvisart avait annoncé que « la pepsine devait guérir la diarrhée, lorsqu'elle résulterait de ce que l'estomac a laissé passer dans l'intestin, qu'ils irritent, les aliments qu'il était chargé de digérer. » La diarrhée par indigestion journellement répétée, *diarrhea stomacalis* (Hoffmann), *diarrhea à ventriculo, et cibis corruptis* (Sennert), est une maladie trop fréquente dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, pour que l'expérience ne vînt pas promptement montrer la valeur de la pepsine dans ces cas spéciaux. Les faits que nous avons observés sur les enfants à la mamelle et ceux de M. Barthez sur des enfants plus âgés prouvent que les prévisions de M. Corvisart étaient fondées.

Obs. I. M. X..., âgé de quatre ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 23 novembre 1854, dans le service de M. Barthez. Cet enfant, atteint depuis plusieurs mois d'une diarrhée fréquente, grumeleuse, liquide, était remarquable, lors de

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 520.

son entrée à l'hôpital, par sa pâleur, son dépérissement, sa tristesse et son inertie; les chairs étaient molles, les membres petits; le ventre était gros, ballonné; la peau était fraîche, le pouls petit, faible, non fréquent; les garde-robes étaient nombreuses, très-liquides, mêlées de matières indigérées, parfaitement reconnaissables; les morceaux de viande surtout étaient gros et abondants. L'appétit était d'ailleurs vorace, et les parents n'avaient jamais modifié la quantité ni la qualité de la nourriture habituelle. Pendant six jours, M. Barthez se contenta de restreindre la quantité des aliments, malgré les demandes incessantes de l'enfant, et de donner soit de la viande crue pilée, soit 4 grammes de sous-nitrate de bismuth dans les vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, la diarrhée n'était nullement modifiée, l'enfant ne cessait pas de demander à manger; les selles étaient toujours liquides, fréquentes; les aliments, quels qu'ils fussent, indigérés; l'état général sensiblement le même.

Persuadé dès lors que la maladie consistait surtout en ce que l'estomac n'était pas dans les conditions qui permettent la digestion des aliments, M. Barthez se décida à donner la pepsine neutre, à la dose d'un demi-paquet, au commencement d'un repas composé de la viande ordinaire de l'hôpital. Dès le lendemain (1er décembre), les matières fécales furent plus jaunes, mieux digérées qu'elles n'avaient été jusqu'alors. Encouragé par ce premier succès, il donna un demi-paquet de pepsine au commencement des deux repas principaux du 1er décembre; le lendemain, la diarrhée était moins fréquente et les matières à peu près digérées; on continua la même prescription.

Le 3 décembre, pas de selle pour la première fois depuis plusieurs mois.

Le 4, l'enfant ne prit qu'un demi-paquet, il n'eut point encore de garde-robe; on cessa la pepsine et on ordonna un lavement d'eau simple.

Le jour suivant, il eut deux selles demi-liquides, mais bien digérées, quoique l'alimentation n'ait pas été changée. En même temps, l'état général était sensiblement meilleur: l'enfant était plus vif et plus gai, son appétit n'était plus aussi vorace, son ventre n'était pas aussi ballonné.

M. Barthez crut dès lors inutile de revenir à l'emploi des poudres qui avaient opéré ce changement. Il se contenta de revenir chaque jour aux 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. Les matières évacuées se solidifièrent promptement, et la guérison d'une diarrhée continue depuis plusieurs mois fut définitive au bout de quelques jours.

L'enfant fut gardé en observation jusqu'au 27 décembre, pour être certain qu'il en était ainsi, et il fut rendu à ses parents dans un état de santé très-satisfaisant.

M. Barthez a observé depuis plusieurs faits semblables. M. Rillet, dans un mémoire sur la dyspepsie, rapporte aussi un cas de lienterie chez un garçon de neuf ans, dans lequel la diarrhée fut rapidement supprimée pas l'usage de la pepsine.

Ces résultats remarquables nous ont conduit à expérimenter le nouveau médicament chez les enfants nouveau-nés; ceux que nous avons obtenus engageront les praticiens à poursuivre ces essais.

Obs. II. Alexandrine Lang, née le 2 août 1855, d'une mère bien constituée, fut prise d'érythème des fesses quinze jours après sa naissance. Quelques bains émollients, un purgatif avec 16 grammes d'huile de ricin, pris en deux fois à un

jour d'intervalle, guérirent l'enfant. Le 1er septembre, un eczéma du front se développa et fut combattu par des cataplasmes de fécule ; deux bains par jour. Malgré ces accidents, l'enfant profite, il est bien portant, il dort bien.

Le 24 septembre, il est pris de toux ; on constate du râle crépitant à la base du poumon droit. Fièvre (160 puls.).

Le 25, souffle tubaire.

Ipéca. 0,40
Sp. d'ipéca. . . . . 50 grammes.

La fièvre tombe ; le pouls est à 120.

Le 26 au soir, looch avec 0,10 kermès ; vésicatoire dans le dos. La guérison est rapide.

Le 12 octobre, l'eczéma du front reparaît.

Le 25 octobre, l'enfant ne tète plus ; il est affecté d'un coryza qui dure deux jours. Peu d'appétit. L'érythème des fesses reparaît, et une diarrhée blanche, rizacée, se manifeste.

Le 2 novembre, vomissements, hoquet, peau chaude (grand bain).

Le 3 novembre, le pouls est à 90 pulsations; les vomissements persistant, on donne 0,50 pepsine matin et soir.

Le 4 novembre, *ut suprà.*

Le 5 novembre, pouls à 80. Plus de vomissements ; il tète bien ; la diarrhée a disparu ; les garde-robes sont jaunes, bien liées. Cessation du traitement.

Le 22, nouvelle diarrhée ; vomissements. On revient à la pepsine.

Le 23, cessation de la diarrhée et des vomissements ; les matières sont très-bien liées.

Le 24, *ut suprà.*

Le 25, on cesse la pepsine.

Depuis, pas de rechute, et aujourd'hui, 12 décembre, l'enfant est très-bien portant. L'eczéma et l'érythème n'ont point reparu.

Nous pourrions ajouter deux autres faits semblables observés sur des enfants de deux et de huit jours, et chez lesquels la pepsine a fait cesser les vomissements et la diarrhée en même temps que les matières devenaient liées. Une recommandation, sur laquelle nous avons entendu M. Barthez insister, est qu'on doit administrer de préférence aux enfants la pepsine neutre. La fréquence de l'état d'acidité des premières voies dans le jeune âge légitime la remarque du médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Cependant, nous nous demandons si ce n'est pas un peu par théorie que M. Barthez a été conduit à formuler cette pratique. Chez les trois nouveau-nés dont nous venons de parler, nous avons mis en usage la pepsine acidifiée, et les résultats n'en ont pas été moins prompts. Ainsi, chez l'enfant de deux jours les vomissements présentaient une odeur aigrelette très-prononcée, avec selles rizacées, et deux jours après, sous l'influence de l'action de deux prises de 50 centigrammes de pepsine acidifiée, les accidents avaient complétement disparu. Nous ne prétendons point trancher la question c'est un simple doute que nous soumettons à ce sagace confrère.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bain local chaud et permanent (*Application du) au traitement des plaies résultant de lésions traumatiques ou d'opérations chirurgicales.* On sait la place qu'occupent dans toute pratique chirurgicale éclairée les irrigations d'eau tiède. Il y avait donc lieu de s'étonner comment, malgré les efforts de Lamorrier, de Percy, de Lombard et plus tard de Mayor et de M. Amussat, cette bienfaisante méthode n'avait pu s'étendre au traitement des plaies de toute nature ; mais peut-être faut-il en accuser aussi l'absence d'appareils convenables pour ces applications. Cet obstacle n'existe plus aujourd'hui : un interne distingué de la clinique chirurgicale de Berlin, M. Fock, a construit une série d'appareils qui ont permis à M. le professeur Langenbeck d'appliquer dans les hôpitaux une méthode qu'il mettait en usage depuis 1839 dans la pratique civile et qui consiste dans l'application du bain chaud permanent au traitement des plaies résultant de lésions traumatiques ou d'opérations chirurgicales. Ce sont des caisses de zinc proportionnées aux membres malades et pouvant prendre divers degrés d'inclinaison. Quand il s'agit de la jambe et qu'on doit baigner le genou, l'emploi de deux manchettes de caoutchouc est nécessaire. Des ouvertures pratiquées dans le couvercle de la boîte permettent d'introduire de l'eau chaude et un thermomètre. Le membre est fixé par des bandes de toile forte, s'attachant à des crochets intérieurs et extérieurs. Un robinet permet de vider l'appareil sans déranger le malade. Le membre doit être enduit de cérat dans tous les points où il est en contact avec l'eau et pour éviter la séparation douloureuse de l'épiderme du pied ou de la main, qui s'opère après quelques jours d'immersion, on a soin de recouvrir la main et le pied d'une couche épaisse de graisse et d'envelopper le tout d'un gros gant sans doigts ou d'un bas de laine.

On voit que l'idée conçue et mise à exécution par M. Langenbeck diffère des procédés connus ou publiés jusqu'à ce jour : 1° par la continuité et la durée du bain, 2° par la température élevée de l'eau (25 à 30° Réaumur), 3° par l'application immédiate de l'eau chaude sur les plaies résultant d'opérations chirurgicales et de traumatismes violents. Nous avons sous les yeux quelques-uns des faits recueillis à la clinique de M. Langenbeck (fractures comminutives avec plaie, amputation de la jambe et du pied, résection du coude, plaies d'armes à feu, etc.), et nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que les résultats de cette pratique ont été très-remarquables. Les conclusions suivantes résument d'ailleurs ces résultats d'une manière très-fidèle : 1° le bain chaud apaise la douleur. En assouplissant les tissus, il diminue la tension des parties, calme les nerfs irrités, leur épargne l'excitation produite par la pression inégale d'un bandage. 2° L'inflammation locale diminuée, la réaction générale perd de son intensité. L'appétit était généralement bon dans les cas précités. On n'observe jamais les frissons, si communs quand on emploie le bain froid. 3° La plaie change entièrement de nature. Les granulations s'accroissent rapidement, marchent avec rapidité et sont même exubérantes. 4° Enfin, en rendant le refroidissement du membre et le contact de l'air extérieur impossibles, le bain chaud semble, mieux que tout autre moyen, préserver l'opéré de la pyémie. En pénétrant dans tous les recoins de la plaie, l'eau empêche l'accumulation du pus, nettoie la blessure, permet au chirurgien de suivre les progrès de la cicatrisation, sans que le membre soit remué, sans que la nature soit dérangée dans son travail réorganisateur. L'odeur répandue par l'appareil est nulle. L'application est aisée et prompte ; le renouvellement n'a lieu que deux fois par jour et sans dérangements pour le patient. Dans les cas où la suppuration serait trop abondante, on entretiendrait un courant constant. La propreté des draps peut être respectée et l'immobilité du patient peut être complète. (*Gaz. hebdom. de méd.*, décembre.)

Irrigations *continues dans le traitement des plaies.* Nous aimons à revenir sur les bonnes pratiques ; car le journalisme n'a pas seulement pour but un travail d'initiative et la vulgarisation des choses nouvelles ; il doit encore ne pas permettre l'oubli des choses anciennes et justement éprouvées. Cette utilité de l'intervention du journalisme est encore plus grande lorsqu'il s'agit de pratiques qui, après avoir été accueillies avec une grande

faveur, ont fini par trouver dans l'indication de quelques accidents, inhérents le plus souvent à leur mauvais emploi, un correctif tel, qu'il équivaut presque, dans certains cas, à un abandon. Nous citerons, par exemple, les irrigations continues dans le traitement des plaies. La cause qui a empêché le plus ce moyen de se vulgariser, c'est certainement qu'on a eu trop souvent recours aux irrigations froides dans les saisons froides, c'est-à-dire à un moyen puissant qui achève de tuer la vitalité des parties blessées, tandis que les irrigations tièdes sont susceptibles de rendre de si grands services dans les cas de ce genre.

Nous trouvons dans une thèse de la Faculté de Paris des faits très-intéressants, empruntés à la clinique de MM. Nélaton, Denonvilliers et Gosselin; ainsi, l'auteur de cette thèse, M. Bonnet (de Curvale), rapporte, à propos de l'emploi de ces irrigations, trois cas intéressants, le premier d'écrasement de la main droite par un rouleau de presse à imprimer, le second, d'écrasement du talon et de la plante du pied par une voiture pesamment chargée; le troisième, de blessure à la main par une scie circulaire, dans laquelle ces irrigations, froides dans le premier cas, tièdes dans les deux autres, unt été suivies d'une cicatrisation rapide et presque merveilleuse. Dans le premier cas, il existait une large plaie, s'étendant depuis l'extrémité supérieure du premier métacarpien jusqu'à la naissance du médius, et se prolongeait même sur la première articulation de ce doigt; les deux premiers métacarpiens avaient été emportés: le premier à sa partie supérieure, le second à sa partie moyenne; les tendons extenseurs du médius paraissaient dénudés; les lèvres de la plaie étaient contuses et irrégulières; après dix-sept jours d'irrigation froide, la plaie était en très-bon état, et, quarante jours après, la cicatrisation était presque complète. Dans le deuxième cas, après trois semaines d'irrigation d'eau tiède, la plaie était vermeille et ne causait plus aucune douleur; deux mois après, la cicatrisation était complète. Mais le troisième cas est plus intéressant encore: le médius présentait une plaie au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange; toutes les parties molles étaient coupées jusqu'à l'articulation, qui était ouverte; le lambeau supérieur de la première phalange était soulevé jusqu'au niveau de la partie moyenne de la première phalange, et, de plus, cette phalange était fracturée au milieu. A l'annulaire, une plaie ouvrait l'articulation des premières phalanges; la partie externe de l'extrémité inférieure de la première phalange et la partie interne de l'extrémité supérieure de la deuxième étaient nettement coupées; la peau de l'index était également intéressée, et le pouce offrait une longue plaie, s'étendant de la tête du premier métacarpien au milieu de la première phalange. Les irrigations tièdes furent continuées pendant dix-huit jours. Au vingt-huitième jour, les plaies du pouce, de l'indicateur et de l'annulaire étaient entièrement fermées; celle du médius, répondant à la fracture, donnait encore du pus. Enfin, près de trois semaines après, le malade quittait l'hôpital avec une ankylose des premières phalanges du médius et de l'annulaire.

Dans les fractures compliquées de plaies, les irrigations réussissent encore très-bien, et M. Bonnet cite le cas d'une double fracture des os de la jambe et de plaies communiquant avec la fracture, survenues à la suite du passage d'une charrette sur les deux membres inférieurs, dans lequel les désordres étaient tels que M. Gosselin eût certainement pratiqué l'amputation s'il n'y avait eu qu'une jambe malade. Or, les irrigations, continuées pendant cinq semaines, ont prévenu tout accident. Un mois après, la plaie de la jambe gauche était cicatrisée; mais il fallut un mois de plus pour arriver à la consolidation de la fracture de la jambe opposée. Nous croyons donc que dans l'état actuel de la science, on doit, à moins de contre-indication formelle, tenter, dans tous les cas de plaies avec écrasement, de fractures avec plaies, de plaies pénétrant dans les cavités articulaires, on doit tenter, disons-nous, les irrigations tièdes, fraîches ou froides, suivant la saison et aussi suivant l'état de la vitalité des parties sur lesquelles les irrigations doivent être établies. (*Thèses de Paris*, 1855.)

Kystes *synoviaux tendineux de la région poplitée* (*Traitement des*). Les kystes de la région poplitée ont été divisés par M. Foucher, dans un travail spécial sur cette question, en quatre espèces, savoir: l'hydropisie des synoviales tendineuses, ou ganglions du creux poplité; la dilatation des follicules synovipares, ou kyste folliculaire; la hernie de la synoviale articulaire, ou kyste synovial proprement dit, et

le kyste séreux libre, comprenant deux espèces, le kyste primitivement, et le kyste consécutivement libre. A ces quatre espèces, M. Olivier en a ajouté deux autres, le kyste hématique et le kyste hydatique. Les plus communs et les plus intéressants de ces kystes appartiennent à la première espèce, et les tumeurs qu'ils forment peuvent être divisées en deux catégories bien tranchées, suivant qu'elles communiquent ou ne communiquent pas avec l'articulation du genou; on comprend, en effet, combien le diagnostic est important à ce dernier point de vue, le traitement nécessitant dans le premier cas une prudence dont on peut se départir davantage dans l'autre. Quant au siége de ces kystes, il est très-variable; on peut en rencontrer dans toutes les bourses séreuses de cette région; mais les plus communs occupent celle du jumeau interne, c'est-à-dire qu'ils ont leur siége au côté interne de la région poplitée, à quelque distance de la ligne médiane, au niveau du condyle interne du fémur. Ce sont des tumeurs situées au niveau des ganses synoviales, lisses, fluctuantes, peu mobiles, généralement du volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, à peu près indolentes; assez souvent, ils se compliquent d'hydarthrose du genou. Mais quel traitement employer contre ces kystes? M. le docteur Baudouin, qui en a observé plusieurs exemples dans le service de M. Larrey, à part l'incision et l'injection iodée, n'a pas trouvé de méthode thérapeutique bien efficace. Les vésicatoires les ont fait cependant disparaître dans quelques cas, et lorsqu'ils n'ont pas réussi entièrement, ils en ont diminué le volume; mais ils sont revenus et ont forcé le plus souvent le chirurgien à recourir à une autre méthode. La compression n'a jamais guéri les malades, mais elle est un excellent palliatif dans les cas où il existe une communication entre la synoviale tendineuse et celle de l'articulation; elle permet aux malades de mouvoir facilement leur membre et de se livrer à leurs occupations sans que leur état s'aggrave; on peut la pratiquer avec une genouillère ou avec une bande roulée. L'incision est une méthode le plus souvent insuffisante et pourrait être fort dangereuse dans le cas de communication avec l'article. La ponction, à elle seule, n'eût pas été plus heureuse si l'on n'y eût ajouté l'irritation des parois du kyste avec un stylet, dans un cas, avec une injection iodée, dans plusieurs autres. L'excision paraît encore une méthode assez satisfaisante quand le kyste est libre et ne communique pas avec l'articulation. Dans le cas de communication, la tumeur est quelquefois irréductible dès qu'on met la jambe dans l'extension; on peut, dans ce cas, faire une ponction et une injection iodée; mais, dans les cas où elle est toujours réductible, il faut se contenter de la compression. (*Thèses de Paris*, 1835.)

Mercure (*Nitrate de*). (*Traitement topique de la couperose, du prurigo, etc., par la pommade au*). De tous les moyens thérapeutiques vantés contre la couperose, celui qui a le mieux réussi à M. Clément Ollivier est l'usage d'une pommade composée de 30 grammes d'axonge et de dix gouttes de nitrate acide de mercure. Chaque soir les malades en étendent gros comme un pois sur la peau; cinq ou six minutes après cette onction, ils ont soin d'oindre la peau de pommade de concombre, puis, le lendemain matin, ils se lavent avec de l'eau de guimauve tiède. — Pour les affections herpétiques, le prurigo des parties génitales et de l'anus surtout, au lieu de dix gouttes de nitrate acide, on en ajoute de 2 à 4 grammes aux 30 grammes d'axonge. On en emploie gros comme une aveline à chaque friction du soir, puis viennent également après l'onction avec la pommade de concombre, ou un cérat composé de mi-partie d'huile d'olive et de cire blanche, puis la lotion d'eau de guimauve le lendemain matin. Cette pommade agit en mettant en contact immédiat le sel mercuriel qui, divisé, exerce une légère action escarrotique sur la peau; aussi M. Ollivier fait remarquer que cette pommade n'est parfaitement efficace qu'à l'état frais. Lorsqu'elle vieillit, le nitrate de mercure, au lieu de rester en suspension, se combine au corps gras et forme une pommade citrine fort peu efficace. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre.)

Nævus *de la région auriculaire guéri par des applications externes de perchlorure de fer*. L'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des *nœvi materni* n'est déjà plus chose nouvelle; mais jusqu'ici deux procédés ont été surtout adoptés : l'injection du liquide au sein de la tramo vasculaire, l'application du sel de fer à l'extérieur, mais après dénudation

préalablo du derme, au moyen d'un épispastique. Le fait que M. le docteur Leelere de Roullac, près Angoulême, a communiqué récemment à la Société de chirurgie, offre un exemple d'un troisième procédé, moins énergique et peut-être moins sûr que les précédents, mais qui, en revanche, se présente avec un caractère d'innocuité qui n'est pas sans avantages; nous voulons parler des applications pures et simples, à l'extérieur, du perchlorure de fer. Voici le fait :

Vers la fin de l'année 1853, M. Leclere fut consulté pour un enfant de douze à treize mois, affecté d'une tumeur érectile, qui faisait des progrès considérables, et qui n'avait été traitée jusque-là que par des applications externes insignifiantes. Cette tumeur était congéniale. Elle s'était d'abord montrée sous la forme d'une très-petite tache occupant la partie antérieure de l'oreille du côté droit. Peu à peu le mal avait progressé au point d'envahir le lobule, la moitié inférieure de la langue, le tragus et les parties voisines de la région parotidienne. Le tissu morbide avait environ 3 à 4 centimètres d'étendue dans ses diamètres superficiels; il paraissait s'étendre à une certaine profondeur. La partie inférieure de l'oreille avait pris un assez grand volume, et, sur la joue, la tumeur proéminait assez fortement au-dessus du niveau des téguments sains. La peau était manifestement envahie dans toute son épaisseur; la coloration était d'un rouge vermeil. La pression, la position, modifiaient peu les dimensions de la tumeur, qui était assez consistante et se gonflait notablement pendant les cris de l'enfant. Il n'y avait, au reste, ni battements, ni souffle, ni expansion; mais la tendance à l'envahissement était très-manifeste. Point de douleur spontanée ni provoquée; état général bon : l'enfant n'était pas sevré.

M. Leclerc eut l'idée de traiter ce nævus de la manière suivante : des plumasseaux de charpie, imprégnés de perchlorure de fer, furent appliqués sur toute la surface érectile et maintenus par un léger bandage. Ce procédé avait l'avantage de porter le liquide dans toutes les anfractuosités de la surface malade. Le perchlorure était renouvelé trois fois par jour, et les applications furent continuées pendant deux mois. Aucun vestige d'action caustique par le fait de ce traitement; ni douleur, ni destruction du derme; peu de durcissement de la tumeur, qui resta souple, mais cessa bientôt de s'accroître. Le peu de changement obtenu dans les premiers temps fit craindre un résultat nul, et motiva la longueur persévérante des applications de perchlorure. Peu à peu, cependant, la saillie de la tumeur et l'hypertrophie de l'oreille disparurent; la trame vasculaire s'affaissant ne se gonfla plus par les cris; bref, la guérison fut obtenue au bout de deux mois, et depuis ne s'est pas démentie. Aujourd'hui, il n'existe dans la région malade aucune cicatrice; la peau a conservé toutefois une coloration d'un brun rouge, analogue à celle qui caractérise les taches de naissance; mais la vascularisation anormale et surtout la tendance à l'accroissement ont complétement disparu. (*Compte rendu de la Soc. de chirurg.*, octobre.)

Rétention d'urine (*Valeur de la ponction vésicale hypogastrique et du cathétérisme forcé dans la*). Il est des causes presque gagnées, comme il en est d'irrévocablement et définitivement perdues. Du nombre de ces dernières se trouve certainement le cathétérisme forcé. Telle est la gravité des accidents survenus dans la plupart des cas où ce cathétérisme a été pratiqué, même par les mains les plus habiles, qu'il suffit certainement d'en avoir été témoin une fois pour en être dégoûté à jamais. Mais la ponction vésicale hypogastrique n'est peut-être pas envisagée par tout le monde avec son véritable caractère d'innocuité et d'utilité. C'est à tort, par exemple, que des chirurgiens distingués de nos jours professent encore que la ponction hypogastrique expose plus qu'une autre aux infiltrations d'urine, aux abcès urineux; qu'elle vide incomplétement la vessie et ne permet pas de fixer convenablement la sonde. Les nombreux faits cliniques rassemblés par Mondière dans son Mémoire sur cette question établissent, au contraire, que l'infiltration d'urine ne s'est point produite dans un seul cas. On serait toutefois mal venu d'affirmer que cette grave complication ne se montrera jamais à la suite de cette méthode; on peut dire d'une manière absolue qu'il n'est pas un seul genre de ponction qui en mette complétement à l'abri; mais les infiltrations se montrent bien plus communément dans la ponction rectovésicale, et surtout dans la périnéale, qui expose toujours à beaucoup de dangers. Un des grands avantages de

la ponction hypogastrique, un avantage qui compense largement l'inconvénient d'ouvrir la vessie par sa face antérieure, c'est la sûreté avec laquelle on fixe la sonde, la facilité avec laquelle elle est supportée. D'un autre côté, l'opération en elle-même n'offre aucune difficulté; tandis que des hommes du plus grand mérite ont échoué dans la ponction périnéale, la pénétration dans la vessie à travers la paroi antérieure est une chose très-simple, à la condition cependant, comme cela est arrivé quelquefois, de ne pas enfoncer le trocart dans la symphyse pubienne, trompé que l'on est par le gonflement considérable des parties qui survient dans le cas d'infiltration urineuse. Est-ce à dire cependant que cette opération doit être prodiguée, que le chirurgien doit recourir à la ponction hypogastrique dès qu'il y a rétention d'urine, et lorsqu'une première ou une seconde tentative de cathétérisme ne lui a pas réussi? Telle n'est pas notre conviction : à notre avis, ce n'est qu'après avoir essayé du cathétérisme dans toutes ses variétés, ce n'est qu'après avoir usé des bains prolongés, des applications froides sur l'abdomen et le périnée, des inclinaisons particulières donnécs au corps du malade, des injections urétrales forcées, etc., etc., qu'il convient, et pour dernière ressource, d'en venir à la ponction.

Il peut se trouver cependant des circonstances où la ponction hypogastrique doit être pratiquée d'assez bonne heure, parce qu'il n'y a rien à espérer des autres moyens; ainsi, M. Jallet cite dans sa thèse le fait d'un militaire qui avait été blessé dans les affaires de juin 1848, d'une balle dont la direction oblique de haut en bas et de droite à gauche avait coupé les corps caverneux et le canal de l'urètre à 1 centimètre environ au-dessus de la fosse naviculaire. On était parvenu à arrêter l'hémorrhagie des corps caverneux, en faisant sur la plaie un mastic avec la poudre de colophane; il fallait parer à d'autres accidents bien sérieux; il y avait rétention d'urine et énorme gonflement du scrotum, résultant de l'infiltration sanguine et urineuse; des incisions multiples produisirent une heureuse détente; mais la rétention d'urine persistait, malgré l'emploi d'un bain. Une ponction vésicale fut pratiquée par les internes de l'hôpital sans succès, sans doute par les causes que nous avons signalées plus haut; mais le lendemain, M. Nélaton pénétra dans la vessie avec la canule droite, qu'il maintint fixée sans que le malade s'en soit jamais plaint pendant tout le temps qu'il fut obligé de la supporter. Cinq jours après la ponction, M. Marjolin fit des tentatives avec une sonde de gomme élastique, afin de refaire en quelque sorte l'extrémité du canal. Pendant trois jours, il fut impossible de pénétrer au delà de la partie malade et d'arriver dans la partie supérieure, qui était parfaitement saine; ce ne fut que le quatrième jour que la sonde parcourut tout le trajet du canal. A partir de ce moment, la présence de la canule fut rendue inutile; elle fut enlevée, la plaie se cicatrisa rapidement, en laissant toutefois une cicatrice vicieuse qui avait défiguré la verge, mais qui n'en est pas moins devenue compatible avec l'accomplissement de toutes les fonctions de l'organe, par le fait du retour sur elles-mêmes de toutes les parties déchirées. (*Thèses de Paris*, 1855.)

Révulsion (*De la doctrine de la*) *au point de vue de l'École de Paris.* M. Malgaigne est venu professer à la tribune de l'Académie qu'aujourd'hui même il n'existait, ni à Paris ni à Montpellier, de doctrine sur la révulsion, aucuns principes, aucunes règles qui président à son emploi. M. Bouillaud est venu protester contre cette assertion, et les conclusions suivantes, qui résument son discours, suffisent pour témoigner que l'école de Paris, quoiqu'elle n'ait pas accepté complétement la doctrine traditionnelle de la révulsion, en adoptait au moins une bonne partie.

« Il existe une classe d'agents exerçant une médication à laquelle on a donné le nom de *révulsion*. Que leur mode d'action ait été expliqué ou non, ou bien encore mal expliqué, cela ne fait rien à l'existence de la médication elle-même, considérée sous le point de vue purement pratique. Qu'on l'explique mieux qu'on ne l'a fait, qu'on lui donne une autre dénomination plus convenable, soit. Mais, encore une fois, la révulsion existe, en tant que médication efficace, dans certains cas déterminés.

« Il est certain pour moi que, sous le nom de *révulsifs*, on a confondu des moyens trop différents entre eux pour qu'il ne soit pas nécessaire de réviser la classification de ces agents, et de bien spécifier ceux à qui le nom de *révulsifs* devrait être réservé.

« Il est vrai, comme on l'enseigne généralement, que plusieurs agents dits

révulsifs exercent une action du genre de celle dont il est question dans ce célèbre aphorisme d'Hippocrate : *duobus laboribus*, etc.; mais il n'en est pas moins vrai que le mécanisme de cette action nous échappe souvent. Car dire qu'une irritation, une action morbide artificielle en fait cesser une autre, c'est exprimer le fait et non l'expliquer, et le mot révulsion est trop *métaphorique* pour ne rien laisser à désirer sous le rapport de l'explication des phénomènes qu'il représente. En admettant qu'il déplace ce qu'on appelle une *irritation*, il resterait à démontrer ce que c'est réellement que cette irritation, et par quel *mécanisme* elle peut être ainsi déplacée.

« Dans un très-grand nombre de cas, d'ailleurs, où les moyens dits révulsifs, par exemple, les vésicatoires volants, les purgatifs hydragogues, les diurétiques, font disparaître avec une rapidité surprenante, presque merveilleuse, des collections séreuses, ce n'est pas seulement en *déplaçant* une irritation, qui souvent n'existe même pas, qu'ils agissent, c'est principalement en *désemplissant* plus ou moins le système vasculaire sanguin, les veines en particulier, circonstance si favorable à la résorption des épanchements en général et des épanchements séreux en particulier. Cela est si vrai que leur action s'exerce dans certains cas de collections séreuses dites *passives* ou par obstacle au cours du sang veineux et à l'absorption de la sérosité, collections séreuses dans lesquelles l'irritation n'a certes rien à faire. » (*Compte rendu de l'Acad. de médecine*, novembre.)

Séton (*Du*) *en médecine vétérinaire*. S'il est une question sur laquelle la médecine vétérinaire peut être appelée à fournir des lumières à la thérapeutique humaine, c'est bien certainement celle du séton. Qui ne sait, en effet, quel usage, et nous pouvons ajouter quel abus, on fait du séton dans la thérapeutique des animaux? Il n'en est pas moins vrai, cependant, que le séton est resté, aux yeux des vétérinaires les plus distingués, l'une des ressources les plus précieuses dont ils disposent; et nous avons vu avec plaisir intervenir dans la discussion académique l'un des plus capables et des plus savants médecins-vétérinaires de notre époque, M. Boulay.

Cet honorable académicien a apporté en effet des documents entièrement nouveaux dans la question. Par exemple, il a signalé les indications fournies chez les animaux par le séton, au point de vue du diagnostic et du pronostic. Le séton ne se comporte pas en effet de la même manière dans une pneumonie simple, à marche régulière, et dans une pneumonie grave qui doit surmonter l'organisme : dans le premier cas, en quelques heures il se forme autour du séton une tumeur phlegmoneuse qui suppure; dans le second, on observe du côté de la plaie une absence complète de réaction. On dirait qu'il se fait, de l'organe malade au séton, *et vice versâ*, comme un flux ou un échange d'humeur, d'où il résulte que le trajet du séton tantôt se sèche, tantôt se tuméfie. Le séton manifeste encore, dans certains cas, la saturation médicamenteuse. L'absorption du mercure chez les chevaux ne produit jamais de salivation; comment reconnaître que l'économie est arrivée à la saturation mercurielle? Le séton vient en fournir la démonstration : le pus devient grisâtre et très-fétide. De même, le séton permet de tâter, pour ainsi dire, la constitution médicale; à de certaines époques, les plaies des opérations les plus simples ont de la tendance à se gangréner; un séton appliqué en cette circonstance montre, par l'apparition de la gangrène, le danger que l'on court.

Mais le point que M. Boulay a surtout éclairé, c'est celui relatif au mode d'action du séton. Le séton agit-il seulement par la stimulation, par la fluxion considérable qu'il appelle sur la partie sur laquelle il est appliqué, ou bien agit-il par la suppuration, par la spoliation d'une notable proportion des éléments constituants du sang? Les expériences de M. Boulay tendent à faire considérer le séton au moins autant comme un agent spoliateur que comme révulsif. Chez un cheval, un séton de 3 mètres et de 4 centimètres de largeur donne 48 grammes de pus par jour. Six sétons pareils, et dans certains cas on en met autant et davantage chez ces animaux, donnent 288 grammes par jour, et dans l'espace de six jours, terme moyen du temps pendant lequel on les laisse appliqués, cette espèce de soignée est de 1,728 grammes. Un cheval qui perd par jour 288 grammes de liquide n'est-il pas dans des conditions analogues à celles d'une vache laitière qui laisse fuir par ses mamelles, en si grande quantité, les éléments du sang? Il est d'observation que ces vaches ne deviennent pas grasses, et qu'en même temps elles

ont un appétit très-vif, une activité insolite des fonctions digestives.

Le séton, conclut M. Boulay, est un exutoire dans le véritable sens du mot; il enlève au sang une notable proportion de ses éléments constitutifs; c'est donc un agent résolutif, fondant; en raison de l'activité imprimée à l'absorption interstitielle, il peut faire disparaître des produits morbides qui n'ont pas acquis une trop grande ténacité. Il détermine dans les vaisseaux une sorte de vacuité ou de tendance au vide, et, à ce titre, il se rapproche de la saignée, sur laquelle il a l'avantage de ne pas enlever le sang, mais de l'user, tout en exaltant l'activité des fonctions réparatrices. Aussi ne faut-il pas astreindre à une diète absolue les animaux chez qui on a établi une de ces suppurations artificielles, de peur de les voir se nourrir aux dépens de leurs propres tissus ou se dévorer euxmêmes, comme on l'a dit. C'est grâce à ce courant sanguin, grâce à cette rénovation des éléments incessamment dépensés par la suppuration, que le séton est utile et qu'il fait résoudre l'engorgement de la pneumonie, l'œdème des membres, etc. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*)

Spongiopiline; *ses usages en thérapeutique.* Nous avons été des premiers, en France, à appeler l'attention sur un produit de l'industrie anglaise, destiné, dans l'opinion de ses inventeurs, à remplacer tous les moyens généralement mis en usage pour les cataplasmes, les fomentations, etc.; nous voulons parler de la *spongiopiline*. Le produit désigné sous ce nom est un feutrage lâche de laine, dans lequel sont englobés des morceaux d'éponge d'un très-petit volume. Ce feutrage est disposé en pièces d'une grandeur variable et d'une épaisseur de 1 centimètre à 15 millimètres environ. Une de ses faces est libre, c'est-à-dire offre le feutrage à nu, tandis que l'autre est recouverte d'un enduit de caoutchouc qui la rend imperméable. On comprend que, par suite de sa texture, la spongiopiline doit absorber facilement les liquides dans lesquels on la plonge, et qu'elle peut, lorsqu'elle est appliquée sur la peau, garder pendant très-longtemps son humidité, de manière à suppléer avec avantage les linges dont on se sert pour pratiquer des fomentations. On peut à volonté, par ce moyen, faire des applications de liquides émollients, résolutifs, astringents, excitants, et même caustiques; aussi sommes-nous très-surpris qu'on n'ait pas accordé à ce produit étranger toute l'attention qu'il mérite, et nous voyons avec plaisir qu'un chirurgien de la marine, M. Gallerand, a bien voulu se livrer à quelques expérimentations qui confirment en grande partie les prévisions et les espérances qu'on avait conçues touchant ce moyen.

La spongiopiline, imprégnée de différents liquides, peut-elle remplacer complétement les cataplasmes actuellement en usage? M. Gallerand ne le pense pas, et il y a beaucoup de cas où il n'hésite pas à lui préférer le cataplasme de farine de lin. Toutes les fois qu'il y a solution de continuité, la spongiopiline présente des inconvénients dont il est difficile de triompher entièrement; elle a par elle-même une action irritante sur les tissus déjà enflammés, ensuite elle s'imprègne avec une grande facilité des liquides purulents, dont on a beaucoup de peine à la purger au moment du pansement. Mais la question change complétement de face, si l'on suppose la spongiopiline appliquée sur la peau intacte; alors on ne lui trouve plus d'inconvénients, et aucun topique n'est d'un maniement plus commode, d'un usage plus avantageux. Appliquée, par exemple, sur les articulations malades, dans le cours d'un rhumatisme aigu; appliquée sur le ventre pendant les longues affections de l'abdomen, elle est préférable au cataplasme ordinaire, parce qu'elle ne se refroidit pas, parce qu'elle est plus stable et ne fuit pas çà et là comme la pulpe du cataplasme, qui tend sans cesse à s'enfuir par le moindre interstice. De leur côté, les malades préfèrent la spongiopiline aux cataplasmes, parce qu'elle est moins gênante, plus légère, moins mobile, et surtout parce qu'elle conserve facilement une température en rapport avec celle du corps humain.

C'est à tort qu'on a dit, ajoute M. Gallerand, que la spongiopiline a l'inconvénient de se dessécher promptement : si elle a été imbibée à un degré suffisant, on la trouve toujours encore humide, après douze heures d'application. Du reste, la spongiopiline, si l'on s'en sert avec précaution, peut avoir une durée très-longue. Une pièce de spongiopiline n'était pas sensiblement altérée après avoir été appliquée pendant un mois sur le ventre d'un homme atteint de fièvre typhoïde; après avoir été purifiée avec soin, cette

pièce a pu servir encore quelques semaines, et M. Gallerand estime que ce seul morceau a épargné la composition d'au moins cent cataplasmes ordinaires. Pour la conserver, on la lave et on la sèche avec soin, et mieux encore on lui fait subir un léger repassage avec un fer médiocrement chaud, promené sur la face spongieuse, ce qui achève de la refaire. Mais c'est surtout à bord des navires de guerre et du commerce que la spongiopiline est appelée à rendre des services, pour remplacer ces cataplasmes de pain ou de mâchemoure, qui sont si difficiles à bien faire avec le peu de ressources que l'on a à bord, et qui sont pleins d'inconvénients par suite de leur poids, de leur prompte dessiccation, de leur aptitude à la fermentation. (*Revue thérapeut. du Midi*, novembre.)

Utérus (*Coup d'œil sur les causes et le traitement des inflexions de l'*). L'incertitude qui règne encore sur les causes de ces maladies et partant sur leur traitement nous porte à enregistrer les opinions sérieuses qui se produisent sur ces sujets. Le travail que M. Scanzoni, professeur à Wurzburg, vient de publier, mérite de ne pas passer inaperçu. Pour ce médecin, 1° les inflexions simples surviennent à la suite de modifications physiologiques, telles que la puberté, l'accouchement naturel, la suppression des règles et enfin l'atrophie sénile ; 2° les inflexions compliquées sont le produit de modifications pathologiques, de délivrances pénibles, d'affections organiques de l'utérus. Dans le premier cas, les inflexions sont peu dangereuses ; elles ne causent que des troubles passagers dans le système digestif, dans la menstruation, dans les voies urinaires. Les accidents nerveux sont des dépendances de ces troubles mécaniquement causés par la nouvelle forme de la matrice, et un traitement approprié suffit pour les atténuer et les faire disparaître. Ces perturbations sont initiales et ne s'aggravent que par la persistance de la cause mécanique qui les produit. En général, l'organisme s'habitue à cette sorte d'inflexion et le mal passe inaperçu. Dans le second cas, au contraire, l'état maladif de l'organe, augmenté par la nouvelle condition morbide, donne lieu à des symptômes inflammatoires et nerveux toujours graves. Ils sont beaucoup moins dus à l'inflexion elle-même qu'à l'affection primitive. Tout dépend donc de l'état de la matrice au moment où l'inflexion se produit. A part cette classe d'inflexions qui disparaissent d'elles-mêmes, M. Scanzoni n'a jamais guéri radicalement une inflexion utérine. La seule guérison possible serait une grossesse, et la plupart du temps des lésions anatomiques apportent des obstacles invincibles. On a pensé qu'en unissant la méthode médicamenteuse au redresseur utérin, on arriverait à de plus heureux résultats. D'après l'expérience du professeur de Würzburg, il n'en est rien. Il rejette l'action mécanique et se borne à combattre le ramollissement du parenchyme par la douche froide, les bains de siége froids, les injections vaginales, le seigle ergoté. Dans les cas de blennorrhées, il cautérise le col avec une solution de nitrate d'argent. Dans les cas de ménorrhagies opiniâtres, il a obtenu de bons effets des sangsues appliquées sur le col même. Il joint à ce traitement l'usage des eaux relâchantes (Kissingen, Kreuznach, etc.), et les ordonne en boisson. Les injections utérines sont contre-indiquées, dans les cas où l'introduction de la seringue serait difficile. On en obtient de bons effets quand le pus, le sang ou le mucus ne peuvent s'écouler librement. Pour combattre les érosions et les ulcérations, M. Scanzoni emploie des solutions d'iode, d'acide acétique, de sulfate de zinc ou de cuivre, et, mieux encore, des solutions de nitrate d'argent, qu'il porte à l'aide d'un pinceau sur la partie affectée. Les symptômes nerveux cèdent à l'emploi de lavements laudanisés, de bains chauds, d'applications de compresses de chloroforme et de pommades opiacées, belladonées, employées en frictions sur l'hypogastre. A l'exception des cas compliqués de chlorose, où les ferrugineux conservent leur action thérapeutique, de la constipation et des hémorrhagies rectales, on a rarement l'occasion d'employer les moyens internes. La ceinture hypogastrique a produit d'excellents effets et remplace avantageusement le redresseur utérin, sans en avoir les inconvénients. (*Gaz. hebd.*, novembre.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 11 décembre, sous la présidence de M. Jobert, de Lamballe. M. Depaul, secrétaire annuel, dans un rapport général fort bien fait, a justifié les décisions de la savante compagnie, quant aux récompenses qu'elle allait décerner pour 1855. Le succès de la séance a été, comme toujours, pour l'éloge prononcé par le savant secrétaire perpétuel. La grande et belle figure médicale de Récamier a fourni à M. Dubois (d'Amiens) l'occasion de déployer toutes les brillantes et solides qualités de son esprit. Les quelques courts passages suivants de son discours le prouveront.

« Récamier a laissé parmi nous, a dit M. Dubois, des traces trop profondes et trop personnelles pour que son nom puisse tomber dans l'oubli ; il a droit au tribut de louanges qu'exige toute grande célébrité. Je vais donc rappeler quels ont été les fondements de la sienne ; je dirai par quelles vues soudaines et lumineuses, par quels savants et ingénieux procédés se révélait en lui cet heureux don du ciel qu'on appelle *invention* ; je montrerai quelle était la prodigieuse, l'inépuisable fécondité de son esprit ; mais en même temps je ne pourrai me dispenser de parler de cette *imagination* ardente et fougueuse, qui trop souvent dominait ce grand praticien et le poussait à d'inexprimables hardiesses.

« Plus que personne, peut-être, j'aimais et j'admirais ce rare assemblage de brillantes facultés, mais je ne puis oublier qu'ici je parle au nom d'un grand corps, gardien des saines doctrines, et qu'avant tout je dois maintenir les droits de la vérité, de la raison et de la science bien comprise. »

Plus loin, M. Dubois suit Récamier à l'Hôtel-Dieu, où se sont passés les événements les plus remarquables de sa vie médicale, et pendant les quarante années qu'il est resté sur ce grand théâtre, il le montre aux prises avec les doctrines de l'école de Paris.

« Diviser et classer les maladies, telle était l'unique pensée de l'école de Paris, à cette première époque de la pratique de M. Récamier dans les hôpitaux ; or, on comprend que, tourmenté comme il l'était par un besoin continuel d'action et par le désir de soulager ses malades, il n'aurait jamais pu se résoudre à considérer des êtres souffrants avec la curiosité impassible du botaniste ou du zoologiste ; son compatriote Bichat avait défini la vie, l'*ensemble des fonctions qui résistent à la mort* ; lui, semblait considérer la maladie comme une des scènes de ce drame où la vie a pour un moment le dessous, et où le médecin a pour unique office de prêter aide et assistance au malade.

« C'était, à ses yeux, comme un duel imprévu et fatal, dans lequel intervient l'homme de l'art, non comme un témoin impassible réduit au rôle d'observateur, mais comme un noble et courageux soutenant, qui, pour sa part, tient tête à l'ennemi, et avec d'autant plus de succès que la science a dû l'armer de toutes pièces...

« Confiant dans son art, fertile en expédients, plein de ressources, il n'était amais pris au dépourvu ; il était près de ses malades comme cette fidèle et dernière espérance qui, d'une main, soutient ces infortunés au moment où ils descendent dans le tombeau, et qui, de l'autre, fait briller à leurs yeux sa lampe consolatrice ; mais déjà peut-être avait-il trop de goût pour cette médecine active et pour ainsi dire militante que l'on a nommée de nos jours *médecine perturbatrice*.

« Il semblait qu'une mission guerrière lui avait été dévolue ; les salles de l'Hôtel-Dieu étaient devenues pour lui comme un vaste champ de bataille ; c'était, à l'entendre, des combats journaliers qu'il avait à soutenir, combats qui avaient leurs alternatives de craintes et d'espérances, de succès et de revers. S'était-il épris de quelque remède nouveau, d'un de ces agents qu'il appelait *héroïques*, chaque malade en avait une dose, et cela bon gré mal gré, d'un bout de la salle à l'autre. Je demande pardon de l'expression, elle lui appartient, c'était ce qu'il appelait faire feu sur toute la ligne...»

M. Dubois expose ensuite les services rendus par M. Récamier à la pratique de la médecine et de la chirurgie ; il le suit dans son double enseignement à la Faculté de médecine et au Collége de France, caractérise le spiritualisme de cet enseignement, et termine par le tableau des dernières années du grand praticien.

«La mort de M. Récamier a laissé un grand vide, non dans la science, mais dans la pratique médicale ; on était habitué à le considérer, dans les cas désespérés, comme une suprême ressource, comme un dernier instrument de salut ; c'était une de ces vocations qu'on ne saurait continuer ; tout s'est éteint, tout est descendu avec lui dans la tombe !

« Je sais que quelques pieux jeunes gens se disent ses élèves, qu'ils prétendent continuer ses doctrines dans de petits écrits ; mais M. Récamier n'a pas laissé, ne pouvait pas laisser d'élèves. Pour se dire son élève, pour avoir le droit de porter son manteau, il faudrait tenir de lui ce qui ne se donne pas, ce qui ne s'acquiert pas, à savoir, cette incomparable vivacité d'esprit (*celeritas ingenii*), cette prescience si soudaine et si hardie qui lui faisait deviner et dénoncer les accidents les plus imprévus, cet esprit toujours armé en face du danger, ce glaive de l'invention qui semblait son principal attribut.

« Jusque-là, Messieurs, nous maintiendrons que M. Récamier, ne s'étant rallié à aucun corps de doctrine, n'ayant établi de son vivant aucune école distincte, n'a laissé dans le monde aucune postérité médicale.

« Faut-il le regretter ? faut-il s'en applaudir ? Nous oserons dire qu'il faut s'en féliciter : M. Récamier était un de ces maîtres dont la parole éblouit et fascine les esprits, plutôt encore qu'elle ne les éclaire et ne les guide ; et si aujourd'hui quelques-uns, séduits par les souvenirs de ce grand praticien, nous semblaient disposés à le prendre pour modèle, nous leur dirions volontiers : Admirez ce génie si prompt, si résolu ; dites quelles étaient son adresse et sa fermeté d'âme, racontez ses hardis coups de main ; mais ne comptez pas sur ces soudaines et heureuses inspirations, sur ces voix intérieures qui pourraient vous manquer, sur ce tact qu'on dit inné et qui vous ferait défaut. Honorez le beau caractère de M. Récamier, célébrez sa haute renommée d'honneur et de délicatesse ; mais pour les enseignements de la science, allez les demander à des sources toujours vraies, toujours pures, et qui ne tarissent jamais, à la rigoureuse observation des faits présents et aux saines traditions des siècles passés. »

L'auditoire, par ses applaudissements répétés, a prouvé à M. Dubois qu'il acquiesçait au jugement qu'il venait de prononcer au nom de l'Académie.

Voici les noms des lauréats qui ont été proclamés par M. le président.

Prix de 1855. — *Prix de l'Académie.* — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. Ce

prix était de 1,000 fr. L'Académie accorde le prix à M. J. Rochard, chirurgien en chef de la marine impériale à Brest. — *Prix fondé par M. le baron Portal.* — L'Académie avait proposé pour question : Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme. Ce prix était de 1,000 fr. L'Académie accorde, à titre d'encouragements : à M. Bach, de Strasbourg, et à M. Marie Morétin, de Baume-les-Messieurs, une somme de 400 fr.; à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens, une somme de 200 fr. — *Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* — L'Académie avait proposé la question suivante : De la catalepsie. Ce prix était de 1,000 fr. L'Académie a partagé le prix entre : M. Sabouraud, médecin à la Châtaigneraie, et M. Puel, médecin à Paris. — *Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — Question relative à l'art des accouchements : Des morts subites dans l'état puerpéral. Quatre Mémoires ont été adressés à l'Académie; aucun d'eux n'a été jugé digne du prix. L'Académie a décidé que la même question serait remise au concours pour 1857. — Question relative aux eaux minérales. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application. Ce prix était de la valeur de 1,500 fr. L'Académie décerne le prix à M. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et à M. Socquet, médecin du même établissement. Elle accorde une mention honorable à M. Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy. — *Prix fondé par M. le docteur Itard.* — Ce prix, qui est triennal, étant cette fois de la valeur de 3,700 fr., devait être décerné au meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. L'Académie a décerné ce prix à M. le docteur Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, pour son Traité des maladies vénériennes.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des vaccinations de 1853 : 1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre les trois médecins dont les noms suivent : M. Massaloup, du canton de Mèze (Hérault; M. Labesque, d'Agen (Lot-et-Garonne); M. Carville, chirurgien à Gaillon (Eure). — 2° Quatre médailles d'or à : M. Descieux, D. M. à Montfort-l'Amaury; M. Verger, à Lagravelle (Mayenne); M. Maigne, D. M. à Gubjac (Dordogne); M. Gharil, à Janzé (Ille-et-Vilaine). — 3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux. En conséquence, elle propose à M. le ministre d'accorder, pour le service des épidémies de 1854 : 1° des médailles d'argent à MM. Kemmerer (Saint-Martin); Goutenot (Besançon); Houeix (Ploermel); Vingtrinier et Duclos (Rouen). — 2° Des médailles de bronze à MM. Durand (Chartres); Gestin (Quimper); Poulet (Planches-les-Mines); Pone (Pontarlier); Santon (Montbéliard). — 3° Une mention très-honorable, avec rappel de la médaille d'argent, à M. Lecadre (Havre). — 4° Une mention honorable, avec rappel de la même médaille, pour MM. Jacquez (Lure); Pagès (Alais). — 5° Enfin des mentions honorables à MM. Vannaque (Compiègne); Guillemin (Thionville); Anthouard (Vigan); Lemaire (Dunkerque),

L'Académie propose, en outre, à M. le ministre d'accorder, pour le service des eaux minérales (1855) : 1° Des médailles d'argent aux médecins inspecteurs suivants : MM. Vernière (Saint-Nectaire); de Puisaye (Enghien); Lhéritier (Plombières); Richond des Brus (Néris); do Laurès (Néris); Lebret (Balaruc); Pégot (Balaruc); Lefort. — 2° Des mentions honorables, avec rappel de médaille d'argeat, à MM. Villaret (Bourbonne); Bertrand fils (Mont-Dore); Dufresse do Chassaigne (Chaudes-Aigues). — 3° Des médailles do bronze à MM. Magnin (Bourbonnc); Bouisson (Lamotte); Isarié (Eaux-Chaudes).

Prix proposés pour 1856. — *Prix de l'Académie.* — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. — Ce prix sera de la valeur do 1,000 fr. — *Prix fondé par M. le baron Portal.* — De l'anatomie pathologique des kystes. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* — Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr. — *Prix fondé par M. le docteur Capuron.* — De la saignée dans la grossesse. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.* — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal do l'urètre, pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. — La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

Prix proposés pour 1857. — *Prix de l'Académie.* — Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents, dans le traitement des maladies chroniques. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix fondé par M. le baron Portal.* — Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* Du vertige nerveux. — Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la phlétore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr. — *Prix fondés par M. le docteur Capuron.* — 1° Question relative à l'art des accouchements : La question des morts subites dans l'état puerpéral, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites. Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des morts subites dans l'état puerpéral, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — 2° Question relative aux eaux minérales : Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques. Ce prix sera de la va-

leur de 1,000 fr. — *Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.* — De la mélancolie. Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole de pharmacie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre, avec le cérémonial accoutumé. Nous n'avons rien de particulier à mentionner sur cette séance, qui n'a différé des précédentes, dit la Revue du Midi, que par une allocution légèrement antivitaliste de notre recteur, M. le docteur Donné.

L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen est réorganisée ainsi qu'il suit: — *Professeurs titulaires.* Anatomie et physiologie, M. Lechevalier. — Pathologie externe et médecine opératoire, M. Leroy. — Clinique externe, M. Leprestre. — Pathologie interne, M. Maheut. — Clinique interne M. Vastel. — Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Lebidois. — Matière médicale et thérapeutique, M. Lecœur. — Pharmacie et notions de toxicologie, M. Lepetit. — *Professeurs adjoints.* Clinique interne, M. Faucou. — Anatomie et physiologie, M. Roulland. — *Professeurs suppléants.* Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Chancerel; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Denis; pour les chaires d'anatomie et de physiologie, M. Liégeard; pour les chaires des sciences accessoires, M. Detaux. — Chef des travaux anatomiques, M. Liégeard.

M. Vastel, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'Ecole.

Le Collége de France, appelé à présenter deux candidats pour la chaire de médecine laissée vacante par la mort de M. Magendie, a présenté au premier rang M. Cl. Bernard, membre de l'Académie des sciences; au deuxième rang, M. Longet, membre de l'Académie de médecine.

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 3 de ce mois, à la nomination d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie. M. Marshall Hall, ayant réuni 39 suffrages sur 41 votants, a été nommé correspondant.

L'Académie de médecine de Belgique, dans sa dernière séance, a nommé MM. Maisonneuve et Sichel, membres correspondants, et MM. Jobert, de Lamballe, Amussat et Chélius, membres honoraires.

L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Toulouse et celle de Dijon ont nommé M. le docteur Mazade, d'Anduze, membre correspondant.

Le concours pour deux places de pharmacien en chef des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Legendre, agrégé de la Faculté de médecine, et Roussel.

Par arrêté de M. le président du Conseil d'Etat, MM. Amb. Tardieu et Demarquay sont nommés médecin et chirurgien du Conseil d'Etat.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des bons effets de l'opium à haute dose contre une des formes les plus rebelles des ulcérations syphilitiques.

Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon, par M. Rodet, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

Lorsqu'on eut découvert les propriétés antisyphilitiques du mercure, on l'administra sans règle et sans discernement, contre tous les accidents qui étaient ou que l'on croyait être le résultat du virus syphilitique. Les accidents primitifs, aussi bien que ceux qui trahissent l'infection de l'économie entière, furent combattus par ce remède puissant, mais terrible. En vain Jean de Vigo distingua-t-il les maladies vénériennes en *confirmées* et en *non confirmées*. En vain s'efforça-t-il de démontrer que les premières seules réclament l'emploi du mercure. Ses sages préceptes ne furent pas adoptés, et l'on continua à considérer le mercure comme le spécifique de tous les accidents réputés vénériens. Cette pratique dut avoir pour résultat de faire paraître impuissant, dans beaucoup de cas, un remède que l'on qualifiait d'héroïque; et si l'on réfléchit que dans les cas où il était réellement indiqué, on le donnait, presque toujours, pendant un temps insuffisant et à doses trop faibles ou trop fortes, on comprendra aisément, d'une part, qu'il ait rarement procuré des guérisons définitives, et, d'une autre part, qu'il ait souvent donné lieu à des accidents formidables, dont plusieurs auteurs contemporains nous ont laissé de saisissantes descriptions. Ainsi s'explique l'horreur profonde que ce remède inspira de bonne heure et qui devint bientôt universelle. Cette horreur, que partagèrent les meilleurs esprits, fit la fortune d'un grand nombre de substances fort peu efficaces, telles que le gaïac, la salsepareille, la squine, le sassafras, le daphne mezereum, etc. C'est à elle aussi, sans doute, qu'il faut principalement attribuer la vogue passagère qu'obtint l'opium dans le dernier quart du dix-huitième siècle. Mais le hasard vint admirablement seconder ces dispositions favorables.

Un jeune homme tourmenté nuit et jour par des souffrances atroces que lui causaient des ulcères syphilitiques situés sur la main, sur la tête et dans les fosses nasales, voulut se donner la mort et avala, pour mettre un terme à ses maux, un demi-gros d'opium délayé dans du vin d'Alicante. Vingt-quatre heures après il se réveilla d'un sommeil calme et profond, tout étonné de vivre encore, et comme ce remède avait atténué ses souffrances, il se

décida à le continuer. Sous son influence les douleurs cessèrent complétement et les ulcères se cicatrisèrent pour ne plus se rouvrir.

Ce fait remarquable, rapporté dans un ouvrage de botanique de Simon Pauli, qui parut en 1662, resta à peu près ignoré. Il n'en fut pas de même du fait suivant, qui se produisit un peu plus d'un siècle plus tard :

Un étudiant en médecine de Londres, atteint depuis longtemps d'ulcères syphilitiques de très-mauvais caractère, se mit à l'usage de l'opium, non dans l'espoir de se guérir, mais pour calmer ses souffrances et pour faire cesser une insomnie opiniâtre, qui minait ses forces et le plongeait dans le désespoir. Ces ulcères avaient résisté à un traitement mercuriel complet. L'opium, pris à dose graduellement accrue, calma les souffrances, rappela le sommeil, rétablit les forces et améliora l'état des ulcères, qui ne tardèrent pas à se cicatriser.

Swediaur, en rapportant ce fait, ajoute que le docteur Nooth, qui était alors inspecteur des hôpitaux militaires anglais, en Amérique, et qui avait été frappé de ce résultat, conseilla de faire de nouveaux essais avec ce remède. On choisit donc, autant que possible, des malades affectés de symptômes semblables à ceux du jeune étudiant de Londres. On leur administra l'opium à dose croissante, depuis 5 centigrammes jusqu'à 50 ou 75 centigrammes. L'amélioration fut rapide et les malades furent délivrés, beaucoup plus tôt qu'on n'aurait pu l'espérer, de tous leurs symptômes syphilitiques et guéris radicalement de leurs ulcères.

D'autres faits semblables, observés presque en même temps en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, enflammèrent l'enthousiasme d'un grand nombre de médecins, parmi lesquels on peut citer Cullen, Tode, Delius, Franck et un grand nombre d'autres ; de sorte que l'opium parut, pour un moment, être devenu le seul et véritable spécifique de la syphilis, et avoir détrôné pour toujours le mercure.

L'opium fut alors employé à dose élevée, dans tous les pays, par un très-grand nombre de praticiens, et l'on ne tarda pas à reconnaître qu'il ne réalisait pas les espérances qu'il avait fait concevoir. Les expérimentateurs conclurent :

1° Que ce remède, uni au mercure pour combattre les ulcères malins syphilitiques, agit comme un puissant auxiliaire ;

2° Qu'il guérit souvent des ulcères de ce genre lorsque le mercure a été déjà vainement employé ;

3° Qu'il peut améliorer, mais non guérir ces ulcères, lorsqu'il

est donné seul et que le mercure n'a pas encore été administré ;

3° Enfin, qu'il est très-propre à calmer l'inflammation qui complique les accidents syphilitiques.

J'ai employé l'opium un assez grand nombre de fois et j'ai cherché à déterminer les effets qu'il produit dans les différentes espèces d'accidents syphilitiques. De ces observations, il résulte que c'est bien à tort qu'on a voulu en faire un succédané du mercure. En général, au contraire, il m'a paru d'autant plus efficace que le mercure l'est moins, *et vice versa*. Ainsi, dans la syphilis constitutionnelle, il n'est utile que comme correctif des spécifiques puissants auxquels on l'associe, et il ne doit être employé alors qu'à très-petite dose. Donné seul dans ces cas et à dose élevée, non-seulement il ne produirait aucun effet curatif, mais encore il pourrait donner lieu à des accidents graves, en favorisant les congestions cérébrales, qui ont déjà de la tendance à se produire sous l'influence de l'infection syphilitique.

Il en est de même dans les cas de chancres indurés, sur lesquels le mercure exerce une action si évidente.

Si les chancres, au lieu d'être indurés, ont une tendance au phagédénisme, s'ils sont irrités et douloureux, le mercure doit être sévèrement banni, parce qu'il n'y a aucun résultat favorable à attendre de ses effets sur l'état général, et parce que son action locale exaspère ces ulcères et augmente leur tendance au phagédénisme. L'opium, au contraire, est toujours utile dans ce cas, en calmant la douleur, en apaisant l'irritation et en modifiant avantageusement la suppuration.

Mais le cas dans lequel ce médicament produit des effets vraiment remarquables et où il agit en quelque sorte comme un spécifique est celui où il existe des ulcères syphilitiques, phagédéniques et serpigineux. Ces ulcères, heureusement, sont assez rares, et l'on n'en trouve dans aucun auteur une description complète et satisfaisante. Ils succèdent ordinairement à un bubon virulent ; du moins, tous ceux que j'ai observés avaient eu ce point de départ. Le bubon s'ouvre, verse un pus sanieux et se vide. Son fond est grisâtre, pultacé et inégal. Ses bords sont élevés, très-irrégulièrement découpés et profondément décollés, de sorte que l'ulcère est toujours beaucoup plus grand qu'il ne paraît à première vue. Si l'on relève ces bords, on trouve dans plusieurs points des cavités anfractueuses, irrégulièrement disposées. Ces cavités sont remplies d'un pus sanieux et de débris organiques ; elles sont le résultat d'une érosion chancreuse qui paraît agir en détruisant les tissus circulairement,

autour de plusieurs centres partiels. Il résulte de là que la marche générale de l'ulcération consiste à s'étendre du centre à la circonférence, et que ses bords sont formés par des ulcérations partielles, en forme de demi-cercle, qui ont chacune un centre particulier et qui s'étendent aussi de ce centre à sa circonférence.

Ces ulcérations partielles ne s'étendent pas uniformément ; les unes marchent beaucoup plus rapidement que les autres, ce qui donne à l'ulcère principal une forme toujours irrégulière. Elles ne se bornent pas à détruire les tissus sous-cutanés ; elles rongent aussi la peau par sa face profonde, l'amincissent de plus en plus et finissent par la faire disparaître. Quelquefois c'est le bord libre de la peau qui disparaît le premier ; d'autres fois, c'est la partie qui répond au cul-de-sac du petit ulcère, de sorte que l'on voit alors, sur la circonférence de l'ulcère principal, un ou plusieurs petits ulcères à bords déchiquetés et renversés, qui ressemblent à des pustules chancreuses développées accidentellement autour de cet ulcère. Ces sortes de pustules, une fois ouvertes, ne cessent de s'agrandir jusqu'à ce que la peau qui les sépare du grand ulcère ait été complétement détruite. Mais à mesure que ces petits ulcères viennent se confondre avec l'ulcération principale, d'autres ulcérations partielles se produisent par la même mécanisme. A celles-ci en succèdent de nouvelles et ainsi de suite, pendant un temps infini. On voit ainsi des ulcérations de ce genre persister pendant plusieurs années, labourer de vastes régions, s'étendre de la région inguinale sur la partie supérieure de la cuisse, sur l'hypogastre, sur les bourses, sur le périnée, sur la fesse et quelquefois jusque sur la région sacro-lombaire. — Leur forme est ordinairement d'autant plus irrégulière qu'ils sont plus étendus ; ils présentent des angles saillants, plus ou moins aigus, des angles rentrants, des lignes sinueuses et bizarres, que l'on ne saurait comparer plus exactement qu'aux lignes que présentent les rivages de certaines mers sur les cartes géographiques,

Lorsque ces ulcères deviennent anciens, il se forme des cicatrices sur les parties primitivement atteintes, et ces cicatrices s'avancent progressivement à mesure que l'ulcération fait des progrès dans les parties nouvellement affectées, d'où résulte un déplacement, un véritable cheminement de l'ulcère.

Quelquefois il se forme sur plusieurs points des cicatrices partielles qui ressemblent à des espèces d'îles ; mais ces cicatrices ne sont pas toujours respectées par l'ulcération, qui revient parfois en arrière et détruit de nouveau ces produits d'un travail réparateur imparfait.

En général, leur surface est violacée et formée par des tissus

mollasses et dépourvus de vitalité. Leurs bords sont toujours plus irrités que leur centre. Ils saignent facilement, sont sensibles au moindre contact, et sont le siége d'une douleur quelquefois aiguë, d'autres fois sourde, mais toujours incessante.

Les ulcérations que je viens de décrire fournissent un pus inoculable tant qu'elles sont en voie de progrès, quels que soient d'ailleurs leur âge ou leur durée. Elles ne perdent cette propriété que lorsqu'elles se couvrent de bourgeons vasculaires, qu'elles opèrent leur mouvement de retraite et que l'on observe sur leur surface des phénomènes de réparation.

Ces ulcérations, quelles que soient leur étendue et leur durée, n'infectent jamais la constitution, c'est-à-dire qu'elles ne donnent jamais lieu à la syphilis constitutionnelle. Mais les malades qui en sont atteints s'affaiblissent peu à peu, s'épuisent et finissent ordinairement par tomber dans le marasme, dans le découragement et quelquefois dans le désespoir. Leurs fonctions semblent s'accomplir d'une manière à peu près normale; cependant, l'appétit est ordinairement faible, la digestion est imparfaite, le sommeil est léger et interrompu, et enfin la peau est plus sèche que dans l'état ordinaire et prend une teinte plombée et terreuse.

Je ne connais pas d'accident syphilitique aussi tenace et aussi rebelle à la plupart des agents thérapeutiques que ces ulcérations phagédéniques et serpigineuses. J'ai essayé, pour les combattre, un très-grand nombre de moyens, sans obtenir de résultat satisfaisant. Le cyanure de potassium est celui dont j'eus le plus à me louer, avant que j'eusse employé l'opium à haute dose. Il ne put jamais amener la guérison de ces ulcères, mais il produisit des améliorations très-notables, ce que je n'avais pu obtenir par aucun des autres moyens.

L'iodure de potassium est complétement impuissant dans ces cas, et ceux qui croient à son efficacité confondent ces ulcères, qui sont toujours primitifs, avec d'autres ulcérations serpigineuses qui ont beaucoup de ressemblance avec elles et qui se développent sous l'influence d'une infection syphilitique générale parvenue à la période tertiaire.

Quant au mercure, il est plus qu'impuissant; il est nuisible et doit être rejeté. Cependant M. Vidal (de Cassis) ayant publié récemment quelques cas de guérison d'ulcères analogues par l'application des bandelettes de sparadrap de Vigo (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 63), j'ai dû craindre d'avoir trop précipité mon jugement. En conséquence, j'ai fait appliquer cet emplâtre sur un

ulcère de ce genre, et, je le dis avec regret, en peu de temps ses effets nuisibles ont été des plus manifestes.

Lorsque les ulcères ont franchement la forme et la marche que je viens de décrire, l'opium exerce sur eux l'influence la plus heureuse. Dans des cas moins tranchés il est encore utile, mais son efficacité n'est pas aussi complète.

Pour que ce remède produise des effets salutaires, il faut donc choisir les cas qui rentrent dans sa sphère d'action. Il faut en outre qu'il soit administré suivant certaines règles et avec certaines précautions que je ferai connaître, après avoir cité quelques observations qui prouvent son efficacité.

Obs. I. François Jacquand, cloutier, âgé de vingt-huit ans, de Saint-Martin (Loire), entra à l'Antiquaille le 8 avril 1850, pour se faire traiter d'un ulcère phagédénique serpigineux qui occupait toute la région inguinale gauche et s'étendait le long du pli génito-crural jusqu'au-dessous du scrotum. Six mois auparavant ce malade avait contracté sur la verge un chancre qui s'accompagna d'un bubon de l'aine gauche et qui était actuellement cicatrisé. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, ce bubon s'ouvrit spontanément, s'ulcéra, et malgré les quelques moyens qu'il mit en usage, l'ulcération s'étondit et devint serpigineuse. Le malade ne présente aucun autre symptôme syphilitique. Il jouit d'une assez bonne santé; cependant il est un peu faible et un peu plus maigre qu'à l'ordinaire.

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 13 septembre, c'est-à-dire pendant une durée de plus de cinq mois, je mis successivement en usage les tisanes dépuratives, le sirop de Boutigny, la liqueur de Fowler, les toniques, les purgatifs, les bains de sublimé, les bains sulfureux, les pansements avec le ratanhia, le jus de citron, le calomel, les solutions iodurées, les cautérisations avec la poudre de Rousselot, etc., etc., et l'ulcère, au lieu de s'amender, ne fit que s'étendre davantage, en gagnant la partie supérieure de la cuisse et une portion de l'hypogastre.

Le 13 septembre, je voulus m'assurer si cet ulcère, qui continuait à ronger les tissus et à s'éteudre malgré tous les moyens qu'on lui opposait, n'était pas encore virulent. Je pris du pus sur différents points de sa surface et je l'inoculai sur une cuisse, en ayant la précaution de garantir la piqûre de tout contact avec les objets extérieurs.

16 septembre. Il existe sur le point inoculé une petite pustule chancreuse, au-dessous de laquelle so trouve un petit ulcère taillé à pic. — Je prends le pus de cette pustule et je l'iuocule sur la même cuisse, en prenant les mêmes précautious pour garantir la piqûre.

18. La deuxième inoculation a produit aussi une pustule caractéristique.

Je cautérise les deux piqûres avec un petit fragment de nitrate d'argent fondu.

20. Je fais une piqûre sur un autre point de la cuisse avec une lancette propre.

23. La troisième piqûre n'a rien produit. La cautérisation a arrêté les deux inoculatious et les a transformées en plaies simples, qui marchent rapidemen vers la cicatrisation.

La nature virulente de l'ulcère étant bien constatée, il s'agissait de savoir ce qu'il convenait de faire pour ramener cet ulcère à l'état de plaie simple et le faire

cicatriser. La pâte de Rousselot, que j'avais déjà employée, m'avait paru modifier assez avantageusement son fond et ses bords. Je la mis donc encore en usage, mais je reconnus bientôt qu'elle était impuissante et que l'amélioration qu'elle produisait n'était qu'apparente, ou de très-courte durée. J'essayai alors de le panser avec une solution de sublimé corrosif dans de l'eau distillée, mais ce pansement ne fit que l'irriter. C'est alors que j'eus l'idée d'essayer l'opium à dose progressive.

Le 9 novembre, sept mois après son entrée, onze mois après l'ouverture spontanée du bubon, et treize mois après le chancre qui avait été le point de départ de tous les accidents, je prescrivis 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, en deux pilules, à prendre une le matin et une le soir. — Pansement avec de la charpie sèche.

Le 11, la dose est portée à 0,15 pour trois pilules.

Le 13, elle est portée à 0,20 et le 15, à 0,30.

Le 21, les bords de l'ulcère commencent à s'affaisser et à se cicatriser. Son fond prend un meilleur aspect. Le malade ne souffre plus. Il ne dort que six heures par nuit. Pas de constipation. — La dose de l'extrait thébaïque sera portée à 0,40.

Le 25, cette dose est portée à 0,60.

Le 29, la cicatrisation continue à faire des progrès, et le sommeil n'augmente pas.

6 décembre, l'ulcère se rétrécit de plus en plus. La cicatrisation marche sur tous les points. Le malade dort sept heures par nuit. Point de céphalalgie. La dose de l'opium est élevée à 0,80.

Le 9, il se plaint d'avoir des nausées en mangeant. — Je lui fais donner 200 grammes de vin.

Le 11, les nausées ont disparu. — 300 grammes de vin.

Pansement avec eau commune 100 et opium brut 1.

A partir de ce moment, la cicatrisation continue à faire des progrès, mais plus lentement que les premiers jours de ce traitement. Le malade se porte très-bien; il dort paisiblement toute la nuit, l'appétit est bon, la digestion se fai. bien, les selles sont faciles et les urines abondantes.

Le 22 janvier, j'élève la dose de l'opium à 0,90, pour l'abaisser, le 3 février, à 0,60.

Enfin, le 6 février, ce malade a repris tout son embonpoint et toutes ses forces; son teint est devenu excellent. Toutes ses fonctions s'accomplissent d'une manière irréprochable. Son ulcère est complétement cicatrisé. Je lui donne son exeat pour le 8; mais pour que la transition ne soit pas trop brusque, je l'autorise à sortir pour quelques heures, le 7. Cette sortie devait lui être fatale Profitant, ou plutôt, abusant de la liberté dont il avait été privé depuis dix mois, il entra dans une auberge, mangea un saucisson tout entier, et une énorme quantité de salade, but une grande quantité do vin, de la bière et de l'eau-de-vie, etc., et rentra dans sa salle de l'Antiquaille pour mourir le lendemain d'une effroyable indigestion.

A l'autopsie, on trouva son estomac distendu outre mesure, couvrant tous les viscères abdominaux et s'étendant jusqu'au pubis. Cet organe, dont les parois étaient extrêmement minces, était rempli par une quantité prodigieuse de liquide, au milieu duquel nageaient des morceaux de viande et de la salade à peine mâchés (1).

(1) Le peu d'espace dont nous pouvons disposer dans cette livraison, nous

Obs. IV. Le nommé X..., commis-négociant, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, contracta un chancre en décembre 1853. Ce chancre ne dura que quinze jours, mais donna lieu à un bubon inguinal du côté gauche, qui se ramollit peu à peu, et s'ouvrit spontanément après la cicatrisation du chancre. Malgré tous les remèdes que ce malade mit en usage, son bubon s'élargit en rongeant les tissus dans divers sens.

Au mois de juin 1854, il vint me consulter. Il existait alors dans l'aine gauche un ulcère irrégulier, de 4 ou 5 centimètres de diamètre, dans lequel je reconnus tous les caractères du bubon virulent serpigineux. En conséquence, je lui prescrivis l'opium à dose croissante. Au lieu de suivre cette prescription, il retourna chez le médecin qui lui avait déjà donné des soins, lequel le mit à l'iodure de potassium, et traita l'ulcère en excitant et en cautérisant ses bords décollés. Le mal ayant fait de nouveaux progrès, il s'adressa à un médecin instruit et expérimenté, qui employa tour à tour les toniques, l'iodure de potassium, les pansements avec le nitrate d'argent, avec l'onguent styrax, etc., et qui employa aussi, à plusieurs reprises, l'excision et la cautérisation. Malgré tous ses efforts, l'ulcère n'en continua pas moins à faire des progrès.

Le 19 janvier 1855, il revint chez moi dans un état de découragement profond. Son ulcère, qui datait alors de treize mois environ, avait une étendue de 10 ou 12 centimètres de diamètre dans un sens, et de 18 ou 20 dans un autre sens. Il s'étendait un peu dans le pli génito-fémoral, et occupait toute l'aine gauche, ainsi que la partie supérieure et antérieure de la région crurale et la partie inférieure de la paroi abdominale. Il avait tous les caractères que j'ai décrits plus haut ; il était le siége de douleurs assez vives, et rendait la marche, sinon impossible, du moins très-difficile. Le visage était pâle, amaigri ; les forces avaient beaucoup diminué.

Prescription : extrait d'opium, 0,10 par jour, en deux fois pendant trois jours ; 0,15 pendant trois autres jours, et 0,20 les trois jours suivants. Tisane de saponaire, vin, 350 grammes. Pansement avec vin aromatique, 200 grammes, et laudanum, 8 grammes.

29 janvier. Déjà un peu d'amélioration. — Même traitement. — On augmentera la dose de l'opium de 0,05 tous les trois jours,

Le 21 mars, il est arrivé à la dose de 0,80 d'extrait thébaïque par jour. Il va beaucoup mieux. L'ulcère s'est resserré dans tous les sens et cicatrisé presque partout. Il est indolore ; son fond est rempli de bourgeons charnus, excepté dans deux ou trois points ; ses bords sont recollés presque partout. L'appétit est bon, la physionomie est excellente, les forces sont en grande partie revenues. Depuis plus de quinze jours, le malade va tous les jours de la Croix-Rousse, où il demeure, à son magasin, qui est situé au centre de la ville.

Pendant toute la durée du traitement, l'opium a été très-bien supporté ; il n'a produit ni constipation, ni nausées, ni pesanteur de tête. Jugeant que, arrivé à ce point, l'effet de l'opium devait être à peu près suffisant, et que, grâce à l'impulsion donnée, la cicatrisation n'aurait plus de peine à s'achever, je prescrivis de diminuer les doses de 0,05 tous les cinq jours. L'amélioration continua à se

---

force à supprimer deux des observations de M. Rodet. Ceux de nos lecteurs que la question intéresse pourront les lire dans la Gazette médicale de Lyon, organe des actes de la Société. (*Note du Rédacteur.*)

faire, mais lentement, probablement parce que le malade, qui avait repris ses occupations habituelles, se livrait à un exercice trop considérable.

Le 11 mai, les portions de l'ulcère qui ont refusé de se cicatriser ont un fond de couleur blafarde. — Je les fais panser avec de l'onguent digestif. — La dose d'opium qu'il prend alors est de 0,30 par jour. — On l'augmentera de 0,05 tous les cinq jours.

Le 23, plusieurs points se sont cicatrisés. Les autres ont pris un meilleur aspect.

Le 28, il a des rapports avec une grisette, et contracte un chancre sur le côté droit du frein.

Le 31 je dépose sur ce chancre un petit fragment de nitrate d'argent.

Le 2 juin, l'escarre se détache.

Le 6, la petite plaie qui a succédé à cette cautérisation est cicatrisée.

Le 24 juin, l'ulcère serpigineux est cicatrisé, mais il s'est formé vers ses bords, à la partie supérieure et externe, deux petites ulcérations qui persistent. — On pansera ces deux points avec de l'onguent digestif et l'on diminuera graduellement la dose de l'opium.

10 juillet. Le malade prend sa dose d'opium une heure et demie après son repas. Bientôt après il est pris de nausées, de malaises et d'une diarrhée qui dure huit jours. Il cesse son traitement pendant ce temps-là et il le reprend ensuite.

Le 26, il commet la même imprudence, qui amène de la fièvre, de la courbature, des malaises généraux et des sueurs abondantes et fétides. Il cesse son traitement.

Le 10 septembre il revient chez moi. Les deux points qui étaient restés ulcérés ne se sont pas cicatrisés. Ils se sont même un peu agrandis. Je fais appliquer sur ces ulcères un emplâtre de Vigo *cum mercurio* d'après la méthode conseillée par M. Vidal (de Cassis) et je prescris de reprendre l'opium à dose croissante.

25 septembre. Le malade a mis l'emplâtre, mais n'a pas pris l'opium. — L'ulcération est deux ou trois fois plus étendue qu'avant l'application de l'emplâtre que le malade a laissé quatre jours et qu'il n'a pas renouvelé. Il est plus profond, plus gris, plus irrité et plus douloureux.

Prescription : On reprendra l'usage de l'opium et l'on pansera l'ulcère avec de l'onguent digestif.

25 octobre. L'ulcère ne va pas mieux. Le malade s'est mal soigné et a pris ses remèdes avec beaucoup d'irrégularité.

Je prescris de nouveau l'emplâtre de Vigo, mais je recommande de l'employer comme le conseille M. Vidal (de Cassis), c'est-à-dire, sous forme de bandelettes étroites et imbriquées, de manière à intercepter complétement le contact de l'air et d'exercer une légère compression sur les bords de l'ulcère. Ces bandelettes seront renouvelées tous les deux jours.

31 octobre. L'ulcère est moins sensible. Il paraît aller un peu mieux. Ses bords ne se cicatrisent pas.

Depuis six jours la bouche est pâteuse et il y a de la diarrhée. Le malade prendra chaque jour trois prises de 0,25 c. chacune de sous-nitrate de bismuth.

8 novembre. L'ulcère va plus mal. Il est presque moitié plus étendu qu'avant l'emploi des bandelettes de sparadrap de Vigo. Ses bords sont irrités et largement décollés. — La diarrhée a cessé depuis six jours.

Prescription : 1° On cessera les bandelettes de Vigo ; 2° on prendra chaque

jour 0,10 c. d'extrait d'opium, en deux fois; dans trois jours on en prendra 0,20 c. par jour et trois jours après on en prendra 0,30 c. par jour ; 3° on pansera l'ulcère avec un mélange de 100 gr. d'eau et de 1 gr. d'opium brut pulvérisé.

17 novembre. L'amélioration est très-manifeste. Les bords de l'ulcère se sont complétement recollés et ne sont plus irrités.

Prescription : tisane de saponaire sucrée. — Extrait d'opium, 0,40 par jour, pendant cinq jours, et 0,50 par jour, pendant cinq autres jours.

27 novembre. L'ulcère a diminué de moitié depuis le 17. Il a pris partout l'aspect d'une plaie simple. Ses bords commencent à se cicatriser ; il n'est nullement douloureux. A son réveil, le malade se trouve quelquefois couché sur son ulcère, sans éprouver aucune douleur. La santé générale est très-bonne. Les urines sont très-abondantes et exhalent une odeur forte. — Pas de sueurs.

Prescription : 0,60 d'extrait thébaïque par jour.—Trois quarts de litre de vin.

Maintenant que j'ai fait connaître les cas dans lesquels l'opium à haute dose est indiqué, et les effets qu'il produit dans ces cas, il ne me reste plus qu'à rechercher quelle est la manière la plus convenable d'employer ce remède et quelle est l'action intime qu'il exerce sur les parties ulcérées et sur l'ensemble de l'organisme.

1° *Quelle est la manière la plus convenable d'employer l'opium contre les ulcères syphilitiques qui en réclament l'emploi?* — La préparation à laquelle je donne la préférence est l'extrait gommeux, d'abord parce qu'il est très-facile à administrer, et ensuite parce qu'il est plus facile à doser avec précision que la plupart des autres préparations.

On doit toujours commencer par une dose faible, c'est-à-dire par 0,05 ou 0,10 c., pour s'assurer que le malade supporte bien le remède. Il faut ensuite augmenter graduellement et un peu rapidement, par exemple, tous les deux ou trois jours. Lorsque l'augmentation est trop lente, les effets que l'on obtient sont beaucoup moins satisfaisants. Ainsi, chez le malade de la quatrième observation, j'aurais certainement obtenu des effets plus prompts et plus complets si j'avais augmenté les doses d'une manière plus rapide ; mais ce malade n'étant pas soumis à mon observation journalière, je pensai qu'il était plus prudent d'agir autrement.

Non-seulement il convient d'augmenter les doses du remède à de courts intervalles, mais encore il faut que l'augmentation soit un peu brusque. Lorsqu'on suit ces préceptes, l'économie n'a pas le temps de s'habituer à l'action du remède, qui, dès lors, exerce sur elle des modifications plus rapides et plus profondes.

On doit ainsi augmenter les doses jusqu'à ce que l'effet thérapeutique soit obtenu. Lorsque les ulcères se couvrent de bourgeons charnus et tendent de tous côtés vers la cicatrisation, on peut cesser

d'augmenter les doses; et puis, lorsqu'ils ont pris partout l'aspect d'une plaie simple, il faut suivre une marche rétrograde et diminuer plus ou moins rapidement, pour cesser enfin la médication lorsque tout est cicatrisé.

Cependant, si quelque complication vient mettre obstacle aux progrès de la cicatrisation, il importe de savoir que l'opium ne peut rien contre elle et qu'il faut la combattre par d'autres moyens. Faute de suivre ce précepte, on risque de perdre beaucoup de temps et de faire prendre au malade de grandes quantités d'opium dont il n'a plus besoin.

Il importe beaucoup de ne pas donner l'opium à dose trop fractionnée. Son action trop souvent répétée sur l'estomac le tient, presque en permanence, dans un état d'engourdissement qui ne lui laisse pas la faculté ni le temps d'accomplir convenablement la digestion. Le mieux, c'est de faire prendre la quantité de chaque jour en deux doses égales, une le matin et une le soir. Chaque dose doit être prise le plus loin possible du repas, c'est-à-dire, au moins deux heures avant et quatre heures après. Cependant, le temps qu'il faut laisser après le repas doit varier suivant la quantité et la qualité des aliments qui ont été ingérés. Ce qui est indispensable, c'est que la digestion soit bien achevée lorsque le remède arrive dans l'estomac.

Si ce précepte n'est pas rigoureusement suivi, il faut s'attendre à des accidents plus ou moins sérieux. Le plus ordinaire est une indigestion qui s'accompagne de nausées, de vomissements, de diarrhée, de sueurs abondantes et fétides, de prostration, de céphalalgie, etc. Ces indigestions laissent après elles des malaises de plusieurs jours de durée, pendant lesquels on est forcé de cesser la médication, et elles réagissent sur les ulcères qui prennent un moins bon aspect et perdent un peu des progrès qu'ils avaient faits vers la cicatrisation.

Au bout de quelques jours de l'usage do l'opium, l'estomac s'engourdit quelquefois, devient paresseux, et alors la digestion se fait lentement et s'accompagne de nausées. Cet inconvénient est très-facilement évité en recommandant aux malades de boire du vin à leurs repas, en quantité proportionnée à la dose d'opium qu'ils emploient. Ainsi, lorsque la dose est portée à 1 gramme ou environ, je recommande de boire de demi-litre à un litre de vin par jour. Non-seulement le vin maintient l'intégrité des fonctions de l'estomac, mais il exerce aussi une action analogue sur les autres organes. Ainsi la constipation, qui est la conséquence si ordinaire de l'emploi de l'opium, est à peu près sûrement évitée par ce moyen. L'as-

soupissement et le sommeil exagéré ne s'observent qu'exceptionnellement chez les malades qui font usage à la fois d'opium et de vin dans des proportions convenables. Le vin m'a paru être le correctif indispensable de l'opium donné à haute dose. Ces deux moyens semblent agir en sens inverse l'un de l'autre. Si l'opium stupéfie les organes, le vin est un stimulant qui aiguillonne et réveille leur action. Si l'un diminue les sécrétions et dessèche les membranes muqueuses; l'autre, par son action expansive, stimule les vaisseaux capillaires, les fait sortir de leur torpeur et rétablit l'exhalation.

Si, malgré les précautions que je viens d'indiquer, la tête devenait lourde et douloureuse; si les conjonctives s'injectaient, s'il survenait, en un mot, des phénomènes de congestion cérébrale, il faudrait se hâter de cesser l'emploi de l'opium, promener la moutarde sur les membres inférieurs, et voir s'il n'y a pas lieu d'appliquer des sangsues à l'anus ou de pratiquer une saignée générale.

S'il survient de la diarrhée, ce qui est rare lorsque le vin est employé concurremment avec l'opium, il faut aussi suspendre le traitement. Si elle persiste, il faut savoir qu'elle ne cédera pas aussi facilement qu'une diarrhée ordinaire, et que, selon toute probabilité, les astringents seront impuissants pour la combattre. Le moyen qui en triomphera le mieux, ce sera l'ipécacuanha à dose vomitive, mais fractionnée.

2° *Quelle est l'action intime de l'opium sur les parties ulcérées et sur l'ensemble de l'organisme?* — Nous avons vu que chez tous les malades auxquels j'avais administré l'opium à haute dose la constitution s'était rapidement améliorée. Il est donc évident que, dans les cas où il est indiqué, ce médicament exerce une action puissante sur l'ensemble de l'organisme. Sous son influence, combinée avec celle du vin, les fonctions se régularisent et s'accomplissent avec plus de plénitude; la digestion introduit dans le sang une plus grande quantité de principes réparateurs et le sommeil, plus calme, plus profond et non interrompu par l'aiguillon de la douleur, permet à la nutrition de s'opérer sans obstacle et de réparer rapidement, dans tous les tissus, les pertes que la suppuration, les digestions imparfaites, les insomnies et la douleur leur avaient fait éprouver.

On conçoit aisément que ces modifications importantes, imprimées à l'ensemble de l'organisme par l'opium à haute dose, doivent exercer une influence favorable sur la marche de l'ulcération serpigineuse. En fortifiant l'économie entière, on la rend plus apte à réagir contre les causes de destruction et à opérer des phénomènes

réparateurs. Cela est incontestable, mais cela suffit-il pour expliquer les modifications si rapides que présentent ces ulcères, sous l'influence de l'opium? Je ne le pense pas, et je crois qu'il faut admettre que ce remède exerce sur les parties ulcérées elles-mêmes une action particulière. Mais si cette action est évidente, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de l'apprécier exactement. A-t-elle pour effet de neutraliser le virus? Cela n'est pas admissible, car l'opium appliqué localement sur des surfaces chancreuses ne modifie pas sensiblement les qualités du pus sécrété par ces surfaces et ne lui fait pas perdre ses propriétés virulentes. Les ulcères serpigineux cessent cependant peu à peu de sécréter du pus virulent, à mesure que l'économie s'imprègne de quantités plus ou moins grandes d'opium, mais cette disparition du virus, cette transformation du chancre en plaie simple, peut se comprendre sans faire intervenir une action neutralisante directe de l'opium. Ce médicament abat la sensibilité des parties ulcérées, apaise les douleurs dont elles sont le siége, fait tomber l'éréthisme des parties environnantes; fait disparaître, en un mot, les conditions vitales et organiques inconnues qui favorisent le phagédénisme et la production presque indéfinie du pus virulent. Ces conditions abolies, l'ulcère se trouve transformé par cela même en chancre simple, et alors, comme ce dernier, il cesse peu à peu de fournir du pus virulent, se couvre de bourgeons vasculaires de bonne nature et se termine enfin par une bonne cicatrisation.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement du phlegmon péri-utérin chronique par les tampons iodurés.

Des faits de plus en plus nombreux ont démontré que le tissu cellulaire du ligament large, et celui qui entoure l'utérus au-dessous de ses culs-de-sac péritonéaux, étaient assez fréquemment atteints, dans le cours ou à la suite des métrites, d'une inflammation à marche lente, comme on en rencontre rarement dans les autres régions, et qui mérite le nom de phlegmon chronique. Après avoir reconnu la justesse des descriptions données à cet égard par MM. Nonat, Valleix et Gallard, en France, et M. Bennet, en Angleterre, j'ai constaté, comme eux, qu'un traitement de longue durée était habituellement nécessaire, et j'ai souvent, à l'exemple de M. Nonat, conseillé l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur. Mais comme,

d'une part, ce médicament fatigue quelquefois les voies digestives, et que, d'autre part, en se répandant dans toute l'économie, il ne concentre peut-être pas assez son action sur la partie malade, je me suis décidé à l'employer d'une autre manière. La muqueuse du vagin étant très-absorbante, j'ai pensé que l'iodure de potassium, maintenu en contact avec elle, serait absorbé, et, passant en quantité notable dans la région altérée, pourrait amener plus vite le travail résolutif. Le traitement a consisté à placer à la partie supérieure du vagin un gros tampon de charpie imbibé d'une solution d'iodure de potassium contenant 10 gr. de cette substance pour 100 gr. d'eau. Un long fil est attaché au tampon, afin que la malade puisse le retirer au besoin. Une fois appliqué au moyen du spéculum, il reste en place pendant un temps plus ou moins long. Tantôt il tombe seul au bout de douze ou quinze heures, tantôt il doit être retiré. Je ne le laisse pas en place pendant plus de trente-six heures, par la raison même que, la muqueuse étant absorbante, il y aurait inconvénient à laisser séjourner et se décomposer au fond du vagin les mucosités retenues par le corps étranger. La malade retire donc elle-même ce dernier au bout de ce temps, et fait, pendant douze heures, deux ou trois injections émollientes, après quoi un nouveau tampon ioduré est introduit. On en place donc ainsi trois par semaine.

Six malades de l'hôpital Cochin ont été soumises à ce traitement depuis huit mois, et on a remarqué d'abord que le tampon ioduré n'occasionnait ni souffrance ni chaleur dans le vagin, ni picotements à la vulve; il y a même, sous ce rapport, une notable différence entre les tampons d'iodure de potassium et ceux de teinture d'iode. J'ai employé deux fois ces derniers, et j'ai dû y renoncer, parce qu'ils entretenaient à la vulve et dans le vagin une chaleur ou une cuisson très-prononcée.

Toutes mes malades ont éprouvé le bien-être, l'augmentation des forces et de l'appétit que procure souvent l'iodure de potassium administré à l'intérieur. Dans tous les cas, la salive et l'urine, examinées chaque matin au moyen de l'amidon et de l'acide nitrique, contenaient une très-notable proportion d'iode, autant, par exemple, que d'autres malades prenant 4 gr. 50 d'iodure de potassium par la bouche, ou que les hommes chez lesquels une injection iodée avait été faite dans la tunique vaginale.

Quant aux résultats définitifs, voici ceux qui ont été obtenus : chez la première malade, les tampons n'ont été mis que pendant quinze jours, et au nombre de quatre seulement, parce que l'époque menstruelle avait obligé d'interrompre. Au bout de ce temps, la

résolution commençait, et les douleurs qui avaient amené la malade à l'hôpital n'existaient plus ; mais la guérison était loin d'être complète. Néanmoins, cette femme a exigé impérieusement sa sortie, et n'a plus été revue.

Chez quatre autres, les tampons iodurés ont été employés pendant six semaines, et la résolution, qui avait commencé peu de temps après, s'est entièrement achevée, de telle sorte que la guérison était complète au moment où elles ont quitté le service, c'est-à-dire deux mois après leur entrée. Il est bon d'ajouter qu'avant l'emploi des tampons on les avait tenues au repos, pendant douze à quinze jours, et on avait prescrit des frictions mercurielles et des purgatifs, sans obtenir de diminution sensible du phlegmon.

Chez la dernière, qui avait à droite un phlegmon chronique extrêmement dur, mais indolent, et paraissant dater de plusieurs années, et qui avait été déjà prise une fois d'accidents aigus assez violents, on a vu une diminution très-notable s'opérer, d'abord dans la portion du phlegmon qu'on sentait à travers la paroi hypogastrique, et ensuite dans la portion que l'on sentait par le toucher vaginal. Cette dernière, cependant, n'était pas tout à fait résorbée, et six tampons avaient été placés dans l'espace de vingt jours, lorsque survint une nouvelle bouffée aiguë avec fièvre, coliques et vomissements, exactement semblable à celle que la malade se rappelait avoir éprouvée il y a quelques années. Nous ne tardâmes pas à voir apparaître au côté gauche de l'excavation pelvienne, c'est-à-dire du côté opposé au phlegmon primitif, une tumeur qui n'était autre qu'un phlegmon aigu, et qui présenta au bout de quelques jours de la fluctuation. L'abcès s'accrut rapidement, puis la malade fut prise du choléra, qui l'emporta rapidement, le 5 octobre dernier. A l'autopsie, nous avons trouvé un abcès considérable de l'excavation pelvienne, qui, après s'être développé au côté gauche de l'utérus et dans le ligament large correspondant, s'était ouvert et enkysté dans la cavité péritonéale. Il ne restait à droite aucune trace du phlegmon qui avait amené la malade à l'hôpital, et dont nous avions observé la résolution. On pourrait se demander si, dans ce cas, les tampons iodurés n'ont pas été pour quelque chose dans le développement de cette inflammation aiguë. A quoi l'on doit répondre d'abord que chez cette malade, comme chez les autres, ce moyen n'a occasionné aucune douleur, que les tampons étaient supportés très-facilement, et que même ils ont paru contribuer à la résolution rapide qui s'est faite. Comme, d'ailleurs, c'est chose assez fréquente, et dont j'ai eu plusieurs exemples, que de voir un phlegmon aigu se développer au ni-

veau ou au voisinage d'un phlegmon périutérin chronique, comme la malade avait eu déjà une crise de ce genre, et qu'elle était exposée, par conséquent, à en avoir une autre, je suis convaincu que nous avons eu à faire chez elle à une coïncidence, et que le phlegmon aigu se serait développé aussi bien sans les tampons. L. GOSSELIN.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Règles générales de l'administration du quinquina et de ses préparations.

Par M. BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité,

Suite et fin [1].

Valeur de l'absorption des surfaces par lesquelles on fait absorber le quinquina, et puissance des formes sous lesquelles on l'administre. — Ces surfaces sont : 1° la muqueuse des voies gastriques ; 2° celle du gros intestin ; 3° la peau, et 4° la muqueuse des voies pulmonaires.

Les préparations du quinquina qui sont destinées à être mises en contact avec les voies disgestives s'administrent par la bouche :

Sous la forme de solution complète, sous celle de suspension dans un liquide, sous la forme pulvérulente, et sous celle de pilules.

1° *Sous forme de solution complète.* On ne peut administrer sous cette forme que les sels des alcaloïdes qui sont complétement solubles, et qui sont rendus tels par l'intervention d'un acide ou de l'alcool.

Le plus usité et celui qu'il faut préférer à tous est le bisulfate de quinine, dissous dans 120 grammes de véhicule; c'est la préparation de quinquina la plus active de toutes, celle qui est le plus rapidement et le plus complétement absorbée, celle qui détermine sur le système nerveux les effets les plus prononcés, et celle qui est douée de la propriété fébrifuge à un degré supérieur à toutes les autres.

Ses effets sur l'économie vont servir de terme de comparaison entre elle et les autres formes ou préparations.

M. Piorry a proposé de dissoudre ce bisulfate dans l'alcool, de préférence à un acide ; on a vu que cette préférence n'était basée sur aucun motif solide, et qu'elle offrait des inconvénients.

M. Dewouves a vanté le mélange du café avec le bisulfate, dans

[1] Voir la livraison du 30 septembre, p. 503.

le but de masquer la saveur amère de ce dernier. M. Dorvault, M. Quevenne et moi, avons constaté que l'infusion de café, quelque forte qu'elle soit, ne modifie pas sensiblement la saveur amère du bisulfate, qu'elle avait même l'inconvénient d'y déterminer la formation d'un précipité de tannate de quinine insoluble et presque inerte. De sorte que ce mélange a une force fébrifuge moindre d'un tiers que celle du bisulfate seul, et qu'il n'a en rien perdu de sa saveur amère. Le mélange du café avec le bisulfate en solution n'atteint donc pas son but, et fait perdre de la force au sel fébrifuge.

2° *Solution imparfaite dans un liquide, ou suspension.* On peut administrer sous cette forme la quinine brute, la quinine, la cinchonine pure, et la quinidine, ainsi que les sels peu solubles, tels que le sulfate neutre des alcaloïdes, les cyanhydrates et les sels insolubles, le tannate, le phosphate, le carbonate, etc. Cette forme offre l'avantage d'avoir une saveur moins amère que la précédente.

Il n'y a qu'un cinquième d'alcaloïde de dissous, le reste est en suspension et peu actif.

Sous cette forme, le sulfate neutre a une puissance fébrifuge que j'ai constatée être moitié moindre que celle du bisulfate, parce qu'il est moins bien absorbé, et qu'il agit moins.

Le sulfate neutre en suspension est la forme qui prête le plus au mélange avec le café. En effet, nous avons constaté, M. Quévenne et moi, qu'une infusion de 10 grammes de café en poudre pour 100 grammes d'eau, faisait disparaître à peu près complétement la saveur d'une dose de 60 centigrammes de sulfate neutre.

Mais cet avantage est compensé par une perte notable de la puissance fébrifuge du composé. La liqueur, en effet, se trouble notamment; la portion de ce sulfate qui était dissoute et toute la portion non dissoute se combinent avec les matières tannantes et colorantes du café, et forment un composé bien plus insoluble que ne l'était la portion non dissoute elle-même du sulfate neutre.

J'ai constaté que ce mélange avec le café faisait perdre au sulfate de quinine neutre un quart ou un tiers de sa force primitive, et qu'il rendait son action extrêmement lente.

On ne peut donc pas employer ce mélange dans les cas graves, dans les rhumatismes, et dans tous ceux où l'on veut agir avec énergie. Lorsqu'on le donne dans les cas de fièvre intermittente simple, on devra le donner à une dose d'un tiers plus forte que celle de sulfate neutre en simple suspension, et des deux tiers plus forte que celle du bisulfate.

En somme, les sulfates neutres et les alcaloïdes pris en suspension sont peu usités comme fébrifuges ; ils ont encore assez d'amertume pour être très-désagréables, et ils sont de moitié moins puissants que le bisulfate.

3° *Forme pulvérulente.* Cette forme pare, mieux que toute autre combinaison, aux inconvénients de l'amertume, attendu qu'on renferme la substance médicamenteuse dans des capsules ou dans du pain à chanter. J'ai constaté que sous le rapport de l'absorption, sous celui des effets sur le système nerveux, et sous celui de la puissance fébrifuge, cette forme était inférieure de plus de moitié au bisulfate en solution, et d'un quart à peu près au sulfate neutre en suspension; il y a d'ailleurs d'assez notables irrégularités dans son absorption.

M. Legroux a, par une méthode ingénieuse, paré à ce dernier inconvénient en faisant administrer une tasse de limonade sulfurique ou tartrique immédiatement après chaque prise de la poudre. J'ai, en effet, constaté que par ce moyen l'absorption était régulière, et qu'on avait à peu près la même action qu'avec le sulfate de quinine neutre en suspension.

Toutes les fois donc qu'on ne pourra pas administrer le sulfate de quinine en solution, il faudra le donner d'après la méthode de M. Legroux; seulement il faudra une dose presque double de celle du bisulfate dissous.

L'addition de l'acide tartrique au sulfate neutre est une action de même genre ; les deux poudres mises ensemble dans l'estomac se dissolvent, et il en résulte un sulfo-tartrate plus ou moins complet, mais nécessairement plus soluble et plus actif que ne l'est le sulfate neutre. Il faut toujours boire après cette prise ; seulement il n'est pas nécessaire que la boisson soit acide.

Cette ressource peut être utile dans les campagnes, où MM. Hudellet et Bartella l'ont employée.

4° *Forme pilulaire.* Il a semblé si naturel de mettre les alcaloïdes du quinquina sous cette forme, que ce fut celle que choisirent les premiers expérimentateurs, et depuis eux la chose est passée en habitude.

C'est pourtant la forme la plus mauvaise de toutes, celle qui fait perdre au médicament le plus de sa puissance. J'ai constaté que l'absorption mettait à s'en faire un temps au moins double de celui du bisulfate, et qu'elle était au plus du quart de celle de ce dernier; qu'à des doses inférieures à 1 gramme, il était impossible de constater le moindre effet sur le système nerveux; d'où il résulte qu'ap-

proximativement, la forme pilulaire doit être au moins quatre fois moins puissante que celle du bisulfate en solution.

Les pilules peuvent servir pour des fièvres simples, à la condition de donner trois ou quatre fois plus de sulfate de quinine qu'il n'est nécessaire; mais elles ne peuvent point être employées dans les cas graves, à cause de la faiblesse et de la lenteur de leur action, non plus que dans les cas où on veut donner la quinine à haute dose, parce qu'elles n'ont pas d'action appréciable sur le système nerveux.

Médication par le rectum. Cette médication, ce sont les lavements; ils ont été introduits comme fébrifuges dans la pratique médicale par Helvétius, médecin de cour, du temps de Louis XIV, qui, comme il le disait, guérissait la fièvre sans rien faire avaler.

Il prescrivait ainsi : Faire bouillir une once (32 grammes) de bon quinquina dans une chopine (500 grammes) d'eau tiède pour un lavement, qu'on donne trois fois par jour jusqu'à parfaite guérison.

Cette pratique douteuse a été exhumée depuis quelques années par MM. Bertheraud et Kuhn, qui ont tous les deux réclamé la priorité.

J'ai constaté qu'effectivement le bisulfate de quinine donné en lavement était absorbé, que cette absorption se faisait deux fois plus rapidement que dans l'estomac, mais qu'elle cessait très-promptement de se faire, et qu'elle était faible, irrégulière, et incapable dans les trois quarts des cas de produire des effets sur le système nerveux; que les lavements ont une puissance au moins six à huit fois moindre que celle du bisulfate pris par la bouche; que c'est par conséquent un moyen sur lequel il ne faut pas compter; et que si on veut l'employer, il faut savoir que l'absorption se faisant vite, et cessant promptement, il faut donner les lavements plusieurs fois par jour, et d'une ou deux heures plus près de l'accès qu'on veut couper qu'avec le sulfate donné par la bouche.

Médication par la peau. — Elle se pratique à l'aide des topiques de toute espèce, des frictions et des bains.

Un médecin anglais du siècle dernier, le docteur Pye, ayant imaginé de renchérir encore sur Helvétius, a proposé de renfermer la poudre de quinquina dans un piqué de soie et d'en faire des camisoles que les fiévreux devaient porter à nu sur la peau.

Les observations qu'il a données sont loin d'être concluantes, et ne peuvent guère servir à donner une idée favorable de la valeur du moyen.

MM. Chrestien, de Montpellier, Forget et Questa Macchia ont cru apporter quelques perfectionnements à cette méthode, l'un en faisant faire des frictions, l'autre en choisissant l'aisselle comme

lieu de prédilection pour l'absorption, et le dernier en préférant le rachis comme lieu où l'action a le plus de force.

J'ai fait longuement et à bien des reprises, des essais sur la valeur thérapeutique de ces divers modes de médication, j'ai fait faire des frictions, des onctions; j'ai appliqué des emplâtres, des pommades, des cataplasmes, des étoupades, sur toutes les parties possibles; j'ai porté dans ces essais le sulfate de quinine jusqu'à la dose de 15 grammes, et je n'ai jamais observé le moindre effet sur le système nerveux, ni la moindre trace d'absorption; aussi elle a un moyen complétement et radicalement nul.

Bains. Quelques auteurs ayant proposé l'emploi des bains dans lesquels on ferait entrer de 500 à 1,000 grammes de quinquina, j'ai cru devoir constater la valeur de ce mode d'administration de l'écorce du Pérou.

J'ai donc donné, en prenant toutes les précautions voulues, trois bains contenant chacun une solution de 20 grammes de bisulfate de quinine; ces bains furent administrés à quelques jours de distance les uns des autres, et le malade, qui était pris de la fièvre intermittente la plus légère, non-seulement n'a pas eu sa fièvre modifiée, mais encore on n'a pu observer chez lui ni phénomène physiologique indiquant que le système nerveux ressentait l'influence du médicament, ni la moindre trace de présence de l'alcaloïde dans les urines.

Aussi peut-on regarder cette forme d'administration du quinquina comme la plus mauvaise de toutes, et comme un moyen sur lequel il ne faut pas compter.

Ici se termine la tâche que je m'étais imposée, celle de présenter sous la forme la plus analytique possible tout ce qui est relatif à l'administration du quinquina; je désire l'avoir remplie de manière à satisfaire les praticiens, pour lesquels je l'ai entreprise.

BRIQUET.

De la préparation de la bryonine.

M. Mouchon, de Lyon, propose de préparer la bryonine de la manière suivante :

Racine de bryone en poudre fine.	250 grammes.
Charbon animal dépuré et lavé.	125 grammes.

On introduit dans un appareil à déplacement la moitié du noir, puis la bryone et le reste du noir mélangés. On verse dans l'appareil 500 grammes d'alcool à 94 degrés centigr. On déplace l'alcool avec 125 grammes d'alcool à 56 degrés centigr.; puis avec

un peu d'eau, et on laisse évaporer spontanément la liqueur. La bryonine qu'on obtient est blanche, légèrement jaunâtre et excessivement amère.

Ce pharmacien prépare la colocynthine de la même manière.

Cheveux verts. — Observation chimique.

Charles Moulin, ouvrier en métaux, ne travaille le cuivre que depuis cinq mois, et cependant ce court espace de temps a suffi pour changer la nuance de sa chevelure ; elle était blanche, elle est aujourd'hui d'un vert si prononcé que le pauvre homme ne peut sortir dans la rue sans y devenir un objet de curiosité.

Descaret a dit que la couleur des cheveux aide à déterminer la constitution des individus; on pourrait d'après cela supposer que la santé de Charles Moulin doive être altérée par l'influence cuprique; il n'en est rien : non-seulement cet homme se porte bien, mais encore sa tête n'offre aucune coloration, les cheveux seuls sont teints.

L'observation que nous signalons prouve, une fois de plus, que chaque individu naît avec une idiosyncrasie toute particulière; que Charles Moulin est très-sensible à l'influence du cuivre, quoiqu'il prenne des précautions inimaginables pour soustraire sa tête aux parcelles du métal que l'air atmosphérique pourrait y déposer.

L'analyse chimique nous a démontré que les cheveux de Charles Moulin ne devaient leur coloration qu'à de l'acétate de cuivre, et que ce métal s'y trouve en assez grande quantité.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la cautérisation dans les infiltrations d'urine.

(Suite et fin) (*).

Opération en un seul temps. — En 1851, M. Bonnet fut appelé à Naples, auprès d'un malade âgé de quarante ans, qui depuis plus d'un an avait de nombreuses fistules urinaires. La fièvre était continue depuis un mois et demi, les urines étaient presque entièrement purulentes, l'émaciation extrême, le découragement complet. Depuis un mois, toute tentative de dilatation avait été suspendue, chaque introduction de bougie étant suivie d'un redoublement de frisson et de fièvre. Les besoins d'uriner se renouvelaient tous les quarts d'heure,

---

(*) Voir le numéro du 15 décembre, page 402.

tant la vessie était irritée et l'excrétion de l'urine incomplète. Parmi les fistules, deux s'ouvraient au périnée, une autre au bas du ventre, immédiatement au-dessous du canal inguinal. Le 4 mai, M. Bonnet pratiqua une grande incision, s'étendant de l'anneau inguinal droit à l'anus, en passant entre la cuisse et le testicule droit. Cette incision fut faite assez profonde pour que la sonde, introduite dans les trajets fistuleux, fût mise complétement à nu. Tout le fond de la plait fut alors cautérisé avec le fer rouge, de manière à arrêter toute hémorrhagie et à dessécher la solution de continuité. Aucune sonde n'avait été introduite dans le canal de l'urètre pour en déterminer la position. Dès le jour même de cette opération, le malade urinant sans difficulté par le périnée, pouvant vider complétement sa vessie, fut débarrassé du ténesme vésical, et, au bout de quelques jours, un mieux sensible se manifesta dans son état général. A la chute des escarres, M. Bonnet s'aperçut qu'au milieu du putrilage dans lequel était convertie la partie altérée du canal, la cautérisation avait dépassé les limites dans lesquelles il s'était jusque-là renfermé et qui lui avaient permis d'obtenir la guérison complète dont j'ai cité plus haut les observations.

Ce malheur avait toutefois été favorable. Il dispensait des longs tâtonnements qu'exige l'introduction du conducteur dans la partie rétrécie du canal lorsque, après avoir amélioré l'état général par la cautérisation du périnée, on reprend la cure du rétrécissement. Aussi le dixième jour, une sonde de 7 millimètres de diamètre pouvait-elle être introduite librement dans la vessie. Cette sonde se montrait au fond de la plaie du périnée complétement à découvert, dans l'étendue de 7 à 8 centimètres, sans qu'aucun vestige du canal n'établît une communication entre le bout postérieur et le bout antérieur. Cependant, jusqu'au vingt-sixième jour, l'état du malade s'améliora à ce point qu'il n'avait plus de fièvre, se levait et mangeait avec appétit. On pouvait craindre qu'il ne conservât une fistule interminable au périnée, qu'il ne continuât même à perdre toute son urine par cette région; mais le rétablissement de sa santé paraissait assuré.

Le 1er juin, il fut pris de frissons et de fièvre suivis des accidents les plus graves, qui mirent sa vie dans le plus grand péril pendant plus de deux mois. Nous ne décrirons pas les phases de cette maladie intercurrente ; il nous suffira de dire que dans le côté gauche de l'abdomen il se produisit une tumeur qui, en moins d'une semaine, remplit plus de la moitié de cette cavité et dont le toucher et la percussion firent suivre le développement jusqu'au delà de la ligne moyenne. Vers le milieu de juillet, une sortie abondante d'urine,

redevenue de nouveau purulente, coïncida avec la diminution, puis avec la disparution de cette énorme tumeur. L'on ne put douter alors qu'il ne se fût formé dans le rein ou dans le tissu cellulaire environnant une vaste collection purulente qui, ayant fini par se faire jour dans les uretères, disparut contre toute espérance.

Quoi qu'il en soit, lorsque la plaie du périnée, arrêtée dans sa cicatrisation par la maladie grave de l'abdomen, reprit un aspect favorable, elle marcha avec le rétablissement de la santé du malade à une cicatrisation régulière, et, six mois après l'opération, toute trace de fistule et de dureté au périnée avait disparu. Le malade urinait entièrement par la verge, et des sondes de 8 millimètres de diamètre pénétraient aisément.

Depuis cette époque, M. D... a joui d'une santé parfaite; il a même eu en 1855 un nouvel enfant.

M. Palasciano, de Naples, l'auteur d'une méthode très-remarquable pour la rupture des ankyloses du genou, qui donna des soins au malade après le départ de M. Bonnet, et qui le conduisit à parfaite guérison, fut frappé du résultat obtenu sans le chercher, il est vrai, par la cautérisation du canal de l'urètre. Il vit que la guérison complète n'en avait point été empêchée et qu'elle aurait même été rapide, si une maladie grave intercurrente n'en eût arrêté les progrès. Il pensa dès lors à faire sciemment, quoique avec plus de régularité, ce qui avait été fait involontairement dans ce cas, et il y vit l'avantage d'éviter les longs tâtonnements auxquels on est obligé de se livrer trois à quatre semaines après la cautérisation du périnée, pour franchir le canal de l'urètre, et de rendre inutile une seconde opération consistant dans l'incision du rétrécissement lui-même. Il se décida dès lors à opérer dans une même séance la fistule et le rétrécissement.

Depuis cette époque, après avoir mis le canal à découvert, par les incisions qu'exige le débridement des fistules, il cherche à franchir le rétrécissement avec un cathéter cannelé; et quand ce cathéter est introduit dans la vessie, ce qu'il a toujours réussi à faire, il incise le canal de dehors en dedans sur le côté, comme dans l'opération de la taille, et ainsi que l'ont fait dans ces derniers temps MM. Syme, Sédillot, etc. Puis avec le fer rouge, il dessèche toutes les parties incisées, ce qui amène nécessairement la destruction de la portion inférieure du canal dans la partie rétrécie. Après avoir hésité sur l'époque où il convient de maintenir la sonde à demeure, il s'est décidé à la laisser en place immédiatement après cette opération.

La fréquence des fistules urinaires à Naples, où les rétrécissements

du canal sont extrêmement nombreux, et la réputation qu'avaient faite à M. Palasciano les soins donnés à M. D..., ainsi que ses succès à l'hôpital des Incurables, lui ont fourni l'occasion d'appliquer quinze fois cette méthode de cautérisation, cinq fois dans les hôpitaux, dix fois en ville.

M. Palasciano n'a pu nous donner l'observation de ses maladies; mais d'après ce qu'il nous a raconté dans un voyage récent en France, où il venait accompagner le duc de Terceira, il aurait réussi constamment, et aurait obtenu la guérison dans un temps beaucoup plus court que ne fait M. Bonnet, dont les traitements, comme le démontre l'observation de M. C..., exigent en général trois mois.

Appréciation. — Il est difficile de se prononcer sur la préférence à donner entre la méthode suivie par M. Bonnet, où l'on fait deux opérations à un intervalle de trois semaines à un mois, et celle de M. Palasciano, qui termine tout en une seule séance.

Quoi qu'il en soit de ce parallèle, que nous n'osons point entreprendre, les faits nombreux que nous avons cités montrent quelle admirable puissance le fer rouge possède dans les maladies les plus graves des voies urinaires. Tandis que tous les auteurs modernes, après d'interminables dissertations sur les rétrécissements simples du canal de l'urètre, disent à peine quelques mots de ceux qui se compliquent de tumeurs ou de fistules urinaires, qu'ils n'appuient leurs conseils sur le traitement de ces lésions que de rares exemples qui contrastent avec la prodigalité que chacun met à célébrer ses succès, nous avons pu traiter cliniquement, en nous appuyant sur des faits nombreux, de cette question si grave et si difficile du passage de l'urine à travers les voies accidentelles, et nous avons pu montrer que dans des cas compliqués, ordinairement suivis de mort, l'on peut opposer, grâce à la cautérisation, des méthodes de traitement qui sauvent la vie des malades et les débarrassent de toute infirmité.

R. Philipeaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau Compendium médical, à l'usage des médecins praticiens, divisé en trois parties : 1° Pathologie générale; 2° Dictionnaire de pathologie interne; 3° *Memento* thérapeutique, par Antonin Bossu, médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse, du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement, membre de la Société de médecine pratique, etc.

Dans le double intérêt de la santé des hommes et de la dignité de la profession médicale, nous désirerions qu'un tel livre ne fût pas

possible; nous voudrions que la substance de la science dont il est, ou dont il doit au moins être l'expression, fût le partage de tous, après avoir été le produit lent du travail et de la méditation de chacun. Malheureusement, il faut bien le reconnaître, quelque vergogne que nous en ayons, il est loin d'en être ainsi; et longtemps encore peut-être, il faudra que des hommes patients et laborieux, comme le docteur Antonin Bossu, se chargent ainsi de suppléer à l'insuffisance de notre éducation médicale, et pour quelques-uns, au manque d'énergie morale, qui les laisse s'endormir sans remords dans l'ornière d'une routine criminellement improgressive. Rien donc qu'à ce point de vue, le petit livre du médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse a sa raison d'être, et ce nous est un devoir de l'approuver.

Maintenant comment M. Bossu a-t-il rempli le cadre que suppose le tableau difficile qu'il avait à tracer? C'est ce que nous allons examiner succinctement.

Ainsi que le titre de l'ouvrage l'indique, l'auteur débute dans son travail par un exposé sommaire de pathologie générale. M. Bossu le dit avec une franchise qui l'honore, cette partie de son livre n'est que le résumé de l'ouvrage bien connu de M. Chomel, où les notions fondamentales et les moins douteuses, relatives à cette branche des sciences médicales, sont développées avec la circonspection qui est comme le tempérament intellectuel de l'illustre professeur. Dans un travail de ce genre, une plume aussi exercée que celle de M. Antonin Bossu ne pouvait pas ne pas réussir, et elle y a, en effet, parfaitement réussi. Seulement, nous nous demandons si M. Bossu, qui sait son monde, n'aurait pas pu, n'aurait pas dû condenser encore davantage ces notions. Croit-il sincèrement que parmi les médecins auxquels son livre s'adresse, il y en aura beaucoup qui liront cette première partie de ce livre? Quant à nous, parlant par respect, suivant une formule fort usitée dans le milieu où nous sommes dans ce moment par la pensée, nous en doutons : nous sommes convaincu que l'ouvrage plus d'une fois sortira vierge et parfaitement immaculé des mains de ses lecteurs, en tout ce qui touche aux notions de pathologie générale, qui eussent gagné par conséquent à être considérablement réduites; au moins, c'est là notre humble avis; mais continuons.

Dans la seconde et plus importante partie de son ouvrage, M. Bossu traite de la pathologie médicale; en vue d'y rendre les recherches et plus promptes et plus faciles, il y a classé les maladies suivant l'ordre alphabétique : une table générale, dressée suivant ce même

ordre, est encore placée à la fin de l'ouvrage, qui indique aux moins exercés certaines variétés de maladies qui, dans le Dictionnaire même, sont comprises sous la rubrique commune de la forme type à laquelle elles appartiennent ; il en est ainsi, par exemple, d'un bon nombre de maladies de la peau. C'est là certainement une attention excessive, qui pourrait blesser certains amours-propres, même peu farouches, mais qui, en somme, nous le croyons, ne lui sera pas imputée à crime. M. Bossu a suivi, dans la description des maladies, l'ordre accoutumé. Le point important ici, c'était le diagnostic : en général, il ressort clairement de l'énumération et du groupement des symptômes. Lorsqu'il s'agit d'affections d'un diagnostic plus difficile, l'auteur a le soin de revenir sur le diagnostic, et de grouper d'une manière particulière les symptômes capitaux qui l'établissent. Nous disons que l'auteur fait souvent ainsi; mais il ne le fait pas toujours, et nous le regrettons. En général aussi l'étendue, la correction des tableaux symptomatologiques sont en proportion avec la gravité et la fréquence des maladies; mais il n'en est pas non plus toujours ainsi : par exemple, les maladies du cœur sont un peu tronquées dans leur description. Nous savons bien que, pour arriver ici à un diagnostic précis, il faut une grande habitude de la percussion, de l'auscultation surtout; mais il fallait au moins marquer davantage la nécessité de cette étude; peut-être l'expression de cette nécessité, fortement accusée, aurait-elle fait naître dans l'esprit des lecteurs une salutaire émulation. Que l'auteur nous permette encore une remarque sur un sujet fort important, qu'il n'a pas omis dans son livre, mais sur lequel il n'a pas suffisamment insisté, nous voulons parler des paralysies et surtout des paraplégies ; il n'ignore certainement pas, son ouvrage même le prouve, que l'école purement anatomique, en posant que toute paralysie dépend d'un traumatisme des centres nerveux, a évidemment erré. Eh bien ! cette erreur, il fallait la signaler, et s'efforcer de mettre en garde les praticiens contre une erreur qui peut avoir des conséquences très-graves. Dans le traitement d'une paralysie purement nerveuse, ou essentielle, poursuivre une lésion absente n'est certainement plus une chose simple, surtout à la façon dont quelques-uns entendent combattre cette lésion. Comme, en jugeant ce livre, nous nous plaçons au même point de vue que d'autres, c'est à savoir, au point de vue exclusif de l'utilité pratique, nous ne craignons par de lui signaler ces légers *desiderata :* les taire, c'eût été, ce nous semble, faire soupçonner que l'intention de l'auteur n'avait pas été comprise.

Nous laissant un peu entraîner au courant de notre plume vaga-

bonde, nous avons déjà dépassé les limites dans lesquelles nous voulions nous renfermer. Nous ne ferons, en finissant, qu'une remarque sur la thérapeutique que conseille le Compendium médical ; cette thérapeutique est, en général, la bonne thérapeutique, elle y est même exposée avec un luxe que nous n'aurions pas tout d'abord supposé. Aux hommes véritablement instruits, dans les mains desquels pourra tomber ce livre, cette thérapeutique paraîtra sage et bonne ; elle pourra même remettre utilement en mémoire quelques moyens salutaires oubliés. Mais pour des praticiens placés dans une sphère plus modeste, nous craindrions que ce luxe ne fût pas sans périls. Suivant notre opinion, dans un ouvrage du genre de celui-ci, la médecine expectante doit occuper une large place. L'auteur doit s'efforcer de bien pénétrer ceux auxquels il s'adresse de la nécessité, de la prudence, je dirais presque de la tempérance thérapeutique. Ici surtout il ne faut pas oublier le premier bienfait de la médecine, qui est de ne pas nuire, *primò, non nocere*. Qu'on énumère ensuite, suivant le degré de leur efficacité, les méthodes, les moyens divers, dont une expérience suffisante légitime l'application : c'est le droit de l'auteur ; mais c'est surtout son devoir de recommander avant tout et surtout la prudence dans les applications. Ces conseils sages, on les sent bien dans l'ouvrage de M. Antonin Bossu ; mais nous voudrions qu'ils s'y fissent sentir encore plus vivement, que leur expression plus nettement accusée frappât davantage leurs esprits : c'est là tout ce que nous voulons dire.

En somme, le médecin de Marie-Thérèse a fait une œuvre utile, dont le succès nous réjouira, et dont l'insuccès, s'il se liait à la cause que nous avons fait pressentir en commençant, nous réjouirait plus encore.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Arséniate de fer (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi de l') dans le traitement des affections squammeuses de la peau.* Aux faits qui ont été publiés il y a quelque temps par M. Duchesne-Duparc, relativement à l'efficacité de l'arséniate de fer contre les dartres furfuracées et squammeuses, nous pouvons ajouter le suivant. Une jeune fille de dix-sept ans, grande, blonde, lymphatique, bien constituée, mais non encore réglée, habitant une métairie dans la montagne, y vivant médiocrement et au milieu d'une grande malpropreté, avait vu paraître depuis deux ans sur la face, dans le dos, sur les bras et sur les cuisses, des croûtes grisâtres, d'épaisseur et d'étendue différentes, accompagnées de chaleur, de rougeur et de démangeaisons. Cette jeune fille avait eu un érysipèle de la face et du cuir chevelu huit jours avant la première visite de M. Thévenin, qui put constater, du reste, l'état suivant : aspect hideux de toute la tête ; sur les joues et le front, poussière blanchâtre, lamelles furfuracées, marbrées de surfaces érythé-

mateuses; au cuir chevelu, écailles plus grandes, croûtes qui, en se détachant, laissent la peau rouge et tuméfiée; couronne de plaques terreuses, imbriquées, dures, épaisses et toujours grisâtres, parcourant la ligne qui sépare les cheveux de la peau; joignez à cela l'empâtement œdémateux et l'exfoliation épidermoïde que l'érysipèle avait laissés après lui. Au tronc et sur les membres, plaques séparées, peu étendues, presque régulièrement arrondies, et plus élevées au centre que sur les bords, quelques-unes très adhérentes, d'autres faciles à enlever et mettant à découvert une surface cutanée, rouge et douloureuse au toucher. Aux coudes et aux genoux, croûtes plus épaisses, plus imbriquées, plus agglomérées, formant une espèce de cuirasse et bordées par une sorte de liséré rouge. Cette jeune fille offrait, en outre, les symptômes les plus évidents d'une chlorose déjà ancienne. Pour remplir les indications thérapeutiques qui se présentaient, M. Thévenin eut recours à quelques bains savonneux, à des lotions de même nature, à des cataplasmes émollients pour favoriser la chute des plaques, à la pommade d'iodure de soufre, et enfin à une tisane amère et aux pilules d'arséniate de fer, comme suit :

Pr. Arséniate de fer........	0,15 cent.
Extrait de houblon.....	4 gramm.
Poudre de guimauve,...	2 gramm.
Sirop de fleurs d'oranger.	Q. S.

pour 48 pilules.

A prendre une à deux par jour.

Sous l'influence de ce traitement et d'un régime tonique, il se développa d'abord une assez vive démangeaison autour des points malades et une certaine chaleur sur le reste de la peau. Bientôt les plaques s'affaissèrent, devinrent ensuite plus rares, et finirent par disparaître complétement, sans accident, après un peu plus de huit semaines. Cette guérison s'est maintenue depuis trois années. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Gannat*, 1855.)

Choléra (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi de la médication saline et en particulier du chlorure de sodium dans le*). Malgré les variations bien naturelles qu'a éprouvées dans ces derniers temps le traitement du choléra, nous voyons avec plaisir les médecins revenir à la médication que nous avons signalée depuis longtemps à leur attention, comme présentant des chances de succès supérieures à celles qu'offrent beaucoup d'autres traitements, et en particulier l'emploi des stimulants. La médication saline à laquelle nous faisons ici allusion ne fait pas sans doute de miracles, et nous ne l'avons jamais, pour notre part, signalée comme telle; mais cette médication seule, et mieux encore, associée à d'autres moyens, nous paraît digne d'être conservée dans la pratique ordinaire; elle conduit, en effet, les malades de la période où la maladie est confirmée et même de la période algide à une réaction modérée, en leur évitant presque toujours les phénomènes typhoïdes, et si cette réaction ne survient pas avec la rapidité que désire l'impatience des malades et du médecin, elle n'est pas non plus suivie de ces rechutes terribles et trop souvent funestes qui succèdent à des réactions trop vives. Les résultats de cette médication contrastent en particulier avec les effets de la médication stimulante, qui ne conduit pas à beaucoup près à une réaction suffisante dans tous les cas, et qui trop souvent mène à une réaction typhoïde, presque certainement mortelle.

Tels ont été également les effets de cette médication stimulante dans une épidémie de choléra observée à Voneq, par M. Louis Brébant, qui en a donné une description pleine d'intérêt. « Presque tous les malades, dit M. Brébant, ont été soumis aux moyens extérieurs de caléfaction : séjour dans un lit bassiné, briques chaudes, cruchons d'eau bouillante, application de sinapismes multipliés. Ces moyens ont déterminé sous nos yeux une chaleur factice, dont les résultats ne m'ont pas paru toujours clairement avantageux. Une caléfaction exagérée a été plusieurs fois cause d'accidents congestifs mortels. J'ai suivi trop souvent, et surtout au début de l'épidémie, les errements de la généralité des médecins au sujet de l'administration à intervalles fixes et en quantité déterminée de boissons chaudes, stimulantes, comme le punch, le thé chaud, l'eau-de-vie brûlée. Presque toujours j'ai échoué à déterminer la réaction, ou bien je n'ai obtenu qu'une réaction incomplète, ou bien, enfin, la réaction a été typhoïde et je n'ai sauvé aucun malade. Des quarante malades que je n'ai pas vus, quinze ou vingt traités par les ordres d'un autre médecin le furent par les moyens extérieurs de caléfaction, le vin de Frontignan, ou le punch à l'intérieur, les frictions avec l'eau-de-vie pure ou camphrée, en cas de crampes.

Presque tous moururent sans réaction vraie ou bien au bout de deux trois à quatre jours de réaction typhoïde. Moi-même, dans sept cas, où j'ai employé la médication stimulante, je n'ai pas obtenu une seule guérison.» La médication saline a, au contraire, donné à M. Brébant des résultats très-remarquables : sur quatorze malades traités de cette manière, deux seulement sont morts, et encore le sel fut-il trop tôt abandonné dans un de ces cas. Dans les douze autres, la guérison fut complète et la convalescence franche et rapide. Quatre fois la glace fut administrée en même temps et en abondance; dans les huit autres cas, le sel marin seul fit les frais de la guérison. Et cependant, ajoute M. Brébant, ces cas étaient des plus graves et pour la plupart très-avancés.

Voici, du reste, comment M. Brébant administrait la médication saline : 30 à 40 grammes de sel de cuisine étaient dissous dans 180 à 200 grammes d'eau commune, et cette solution était donnée par cuillerée à bouche, de quart d'heure en quart d'heure, ou plus souvent de demi-heure en demi-heure. Dans l'intervalle un peu d'eau froide était permise au malade, ou bien on lui donnait de la glace, quand on en avait sous la main.

M. Brébant se loue encore, dans l'épidémie de Voncq, de l'ipécacuanha associé au tartre stibié (1 gramme pour 0,10), administré surtout au début avant la disparition du pouls, les déjections inférieures ayant seules beaucoup d'intensité, quels que fussent les accidents nerveux. De douze malades traités de cette manière, trois ont guéri d'une manière prompte et définitive; un quatrième, à la vérité, dans un état presque désespéré, n'a pu être sauvé. Une autre fois, la mort vint encore terminer la scène, malgré l'administration du sel marin. Dans six autres cas, ce remède fut insuffisant ; trois fois la glace seule acheva la guérison ; une fois une potion, avec 4 grammes d'extrait de cachou, amena le même succès ; une autre fois, la guérison définitive exigea un purgatif le lendemain ; enfin, dans un sixième cas, un purgatif fut également insuffisant, et le sel marin vint parachever la guérison. (*Relation de l'épid. cholérique de* 1854, *à Voncq.*)

Diabétiques (*Remarques sur la constatation du sucre dans les urines des*). M. Baudrimont a communiqué récemment à l'Académie des sciences une note que nous croyons devoir résumer ici. L'auteur, appelé à donner ses soins à une dame affectée du diabète depuis six années, remarqua que les quantités du sucre contenu dans les urines variaient dans des proportions considérables, suivant que l'analyse en était faite à une époque plus ou moins éloignée du dernier repas. Trois ou quatre essais successifs lui ont prouvé constamment que les urines rendues le matin, douze ou quatorze heures après le dîner, contenaient à peine quelques traces de sucre, tandis que celles émises quelques heures après le repas renfermaient 12, 16, 22 et jusqu'à 25 grammes de sucre par litre, malgré un régime sévère, une alimentation presque entièrement privée de féculents et une médication fortement alcaline. En présence d'une pareille observation, l'auteur se demande si, dans l'essai chimique des urines pour le diagnostic du diabète, il ne serait pas prudent et même nécessaire de tenir compte du moment où elles auraient été émises par le malade, et en l'interrogeant sur l'heure de son dernier. Convaincu de la justesse des remarques de M. Beaudrimont, nous n'hésitons pas à les placer sous les yeux de nos lecteurs.

Dysménorrhée (*Emploi d'un mélange des teintures de castoréum et de noix vomique contre la*). Le castoréum est l'agent antispasmodique le plus anciennement recommandé dans les cas de menstruation difficile et douloureuse. Il agit surtout lorsqu'on se trouve avoir à combattre une dysménorrhée hystéralgique. Si les effets thérapeutiques de ce médicament tardent à se manifester, Rademaker conseille de lui associer, dans ce cas, la noix vomique. Voici la formule qu'il recommande :

Pr. Teinture de castoreum........ 15 gr.
Teinture de noix vomique... 15 gr.

A prendre à la dose de 30 gouttes, cinq à six fois par jour. Les rédacteurs des Annales de Roulers disent avoir expérimenté avec succès ce mélange, surtout dans les cas où les troubles fonctionnels consistent en violentes douleurs, et persistent pendant tout le temps que les menstrues coulent.

Menstruation ; *son rôle dans la pathologie et la thérapeutique*. Dans une série d'articles intéressants publiés dans le Moniteur des hôpitaux, M. le docteur Raciborski a présenté

des considérations qui touchent à des questions thérapeutiques trop élevées pour que nous ne les fassions pas connaître, en les faisant suivre de quelques remarques.

« 1° L'hémorrhagie menstruelle, dit Raciborski, est une fonction inhérente à l'ovulation chez la femme et constitue un de ses caractères les plus constants. Son origine n'est pas du tout traumatique; elle est aussi vitale que l'acte de l'ovulation lui-même. Cet acte est en même temps accompagné d'un certain degré de surexcitation nerveuse, qui rend généralement les femmes plus disposées aux différents troubles de l'innervation pendant les époques des règles. 2° Les époques menstruelles ne paraissent réellement posséder aucune puissance critique par rapport aux différentes maladies, soit antérieures, soit postérieures à l'époque de la première éruption des règles. Elles semblent en particulier n'avoir aucune influence favorable sur la marche ou l'intensité des affections aiguës, et, à plus forte raison, sont-elles loin de pouvoir les juger. Dans plusieurs circonstances bien constatées, leur influence est, au contraire, évidemment nuisible aux états morbides qu'elles accompagnent. 3° L'orgasme vasculaire et nerveux qui caractérise les époques des règles peut être considéré comme une des causes prédisposantes de fréquentes souffrances et de différentes affections des organes génitaux de la femme, et exerce généralement sur elle une influence défavorable. Les affections de l'utérus sont par cette raison en général plus communes à mesure qu'on avance dans la période menstruelle de la vie; elles sont, au contraire, plus rares et marchent moins rapidement après la cessation définitive des règles. Si l'on a supposé le contraire jusqu'à présent, cela provient uniquement de l'appréciation errunée des faits, inspirée par les idées dominantes sur la nature de la menstruation. 4° Les époques menstruelles, grâce à l'élément nerveux qui les caractérise, constituent en même temps une des causes prédisposantes des névroses. Souvent alors des causes à peine apparentes suffisent pour faire éclater les névroses chez des personnes qui n'en ont jamais éprouvé de symptômes. Chez d'autres, qui étaient déjà malades, les époques des règles amènent fréquemment des rechutes ou aggravent les accidents ordinaires. 5° La nature des accidents survenus après la brusque suppression des règles dépend non de la suppression de l'hémorrhagie, mais de la nature des causes qui l'ont occasionnée. La thérapeutique de ces accidents ne doit par conséquent puiser dans la suppression de l'hémorrhagie que des indications tout à fait accessoires. 6° L'âge de la cessation des règles, loin d'amener à sa suite des accidents pléthoriques, comme on l'a cru jusqu'à présent, produit plutôt plus ou moins d'apauvrissement dans les globules du sang et fait naître surtout très-souvent des accidents nerveux appartenant à la forme décrite sous le nom de névropathie protéiforme. 7° Les maladies aiguës fébriles qui débutent peu de temps avant l'époque présumée des règles ne les empêchent pas généralement de revenir à leurs époques ordinaires. Quelquefois même, sous l'influence de la fièvre, le flux menstruel peut devancer son époque de quelques jours, comme cela se voit surtout dans les fièvres éruptives, et particulièrement dans la variole et l'érysipèle de la face. 8° Lorsqu'une affection fébrile aiguë a débuté peu de temps après ou quelques jours avant une époque de règles, et qu'il a fallu recourir à des émissions sanguines plus ou moins abondantes et à une diète prolongée, le flux menstruel de l'époque suivante manque ordinairement complètement, ou il est moins abondant et dure moins de temps que d'habitude. 9° Le caractère hyposthénisant, propre en général à toutes les formes de la fièvre typhoïde, est sans doute la cause de l'absence presque constante des règles dans une période avancée de cette maladie. L'aménorrhée peut, dans ce cas, se prolonger pendant plusieurs mois consécutifs, jusqu'au retour complet des forces, et ne paraît pas du tout être subordonnée au genre de traitement qui a été mis en usage. 10° Dans les maladies chroniques caractérisées par l'épuisement des forces ou par l'apauvrissement des globules de sang, l'aménorrhée constitue la règle générale. L'ignorance seule, ayant confondu quelquefois l'effet avec la cause, a pu espérer la guérison de ces maladies, après le retour du flux menstruel. Les médecins éclairés ne doivent jamais oublier, au contraire, que, pour espérer le retour des règles, il faudrait avant tout guérir, s'il est possible, les affections chroniques qui sont la cause de l'aménorrhée. 11° A part une diminution légère, et qui paraît d'ailleurs inoffensive, dans les proportions de la

crème, les époques menstruelles ne font éprouver aucune altération sensible au lait des nourrices qui sont réglées. D'un autre côté, des nourrices menstruées peuvent élever des nourrissons très-bien portants et bien constitués ; donc il ne serait pas juste de refuser une nourrice par cette seule considération qu'elle continue à avoir ses règles, à moins qu'étant déjà naturellement impressionnable, on craignît chez elle, avec raison, les effets de la surexcitation nerveuse qui accompagne souvent les époques menstruelles. »

On voit que dans ces conclusions M. Raciborski confirme beaucoup de choses déjà bien établies dans la science, et qu'il a cependant le mérite de formuler d'une manière plus précise ; mais ce en quoi M. Raciborski aura rendu un véritable service, c'aura été en montrant par les analyses chimiques qui lui sont communes avec M. Quévenne, que le lait des nourrices menstruées n'offre aucune des qualités nuisibles qui lui avaient été attribuées. Nous regrettons seulement que M. Raciborski ait cherché dans ses conclusions à grandir autant le rôle joué par l'ovulation, au détriment de l'hémorrhagie menstruelle, qu'il regarde comme accessoire et dont il refuse de tirer des indications. Notre opinion s'éloigne beaucoup, nous l'avouons, de celle de M. Raciborski, en ce qui touche, par exemple, l'aménorrhée dite par suppression, et nous continuons à penser que lorsqu'on sera consulté à une époque rapprochée de la suppression, on devra chercher à rappeler l'hémorrhagie supprimée, et que si l'on y réussit, on aura fait beaucoup pour les malades, qui entreront quelquefois en convalescence d'une manière immédiate.

Pollutions (*Influence des draps en toile sur la production des*). Le médecin n'a pas seulement à formuler l'emploi des substances médicamenteuses capables de triompher de la maladie qu'il a à combattre, il faut encore qu'il sache éloigner toutes les causes qui ont aidé à son développement. Un médecin de Berlin, M. Haussmann, assure avoir constaté que les draps de lit en toile dont on se sert généralement favorisent les pollutions, tandis que l'usage des couvertures de laine, sans draps intermédiaires, les fait cesser presque instantanément. Quoique nous n'ayons pas eu encore l'occasion de confirmer l'assertion de l'auteur, nous l'enregistrons; le traitement de la spermatorrhée est encore si mal réglé, que nous devons mettre en relief tous les moyens qui se produisent. (*Annales de Roulers*, n. V, 1855.)

Ptérygion. *Son traitement par l'emploi topique de l'acétate de plomb.* On connaît l'inanité de la plupart des opérations chirurgicales tentées contre cette affection oculaire. M. le docteur Decondé assure avoir réussi à en faire avorter la marche, au moyen de quatre ou cinq applications faites de huit jours en huit jours, ou de quinze jours en quinze jours, avec la poudre d'acétate neutre de plomb. Voici comment il procède : il ouvre largement l'œil, en relevant la paupière supérieure et en abaissant l'inférieure au moyen de l'indicateur et du pouce de la main gauche ; puis, sur toute l'étendue de la surface dont il désire obtenir le retrait, il porte un pinceau plat préalablement mouillé, puis trempé dans la poudre d'acétate de plomb, de manière à ce que cette surface en soit complétement recouverte. Le sel doit être réduit en poudre excessivement ténue et préparée depuis peu de temps. Les paupières sont maintenues écartées pendant une demi-minute, après quoi on enlève le sel en lavant la surface touchée avec le même pinceau trempé dans l'eau fraîche. (*Arch. de méd. militaire* et *Annales de Roulers*, n. V, 1855.)

Rhinoplastie (*Absence congénitale du nez; procédé nouveau de*). La chirurgie réparatrice s'était exercé jusqu'ici à réparer les nez déformés. M. Maisonneuve vient de mieux faire, chez une petite fille de sept mois, dont le nez était remplacé par une surface plane percée seulement de deux petits pertuis ronds de 1 millimètre à peine de diamètre et distants l'un de l'autre de 3 centimètres; l'habile chirurgien de la Pitié a créé de toutes pièces un appendice nasal. Le 18 mai dernier, cet enfant étant préalablement soumise au chloroforme, l'opérateur fit partir de chacun des pertuis une incision transversale, longue de 1 centimètre et dirigée de dehors en dedans; deux autres incisions verticales, partant de l'extrémité interne des précédentes, furent dirigées vers le bord libre de la lèvre supérieure, près de laquelle elles se rapprochèrent l'une de l'autre pour se réunir en forme de V. De ces dernières incisions résultait un lambeau étroit comprenant toute

l'épaisseur de la lèvre ; il fut disséqué et relevé horizontalement pour former la cloison du nez. Il restait alors un véritable bec-de-lièvre artificiel, dont les bords furent réunis au moyen de la suture entortillée. Mais pour obtenir cette réunion, il fallait nécessairement que l'espace compris entre les ouvertures nasales fût raccourci de toute la largeur du lambeau détaché pour former la sous-cloison, et que par conséquent il se fermât aux dépens de la peau intermédiaire un pli saillant. Celui-ci, soutenu par la sous-cloison artificielle, constitua naturellement une proéminence parfaitement régulière. Les cris et les efforts de l'enfant ayant amené une désunion partielle des points des sutures supérieures, M. Maisonneuve pratiqua l'incision sous-cutanée du muscle orbiculaire des lèvres, de l'un et de l'autre côté de la plaie, pour empêcher ses contractions de déchirer la cicatrice. L'opération a réussi, mais nous nous demandons si le chirurgien n'eût pas rempli plus simplement la dernière indication en ayant recours à la forte serre-fine que M. Guersant emploie dans ses opérations des becs-de-lièvre compliqués. Cette sorte de pince-nez eût prévenu, sans doute, aussi bien que les incisions de l'orbiculaire, la déchirure de la plaie. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, novembre.)

Symblépharon (*Nouveau procédé opératoire pour le traitement du*). Toutes les tentatives chirurgicales ont échoué jusqu'ici pour remédier à l'adhérence des paupières avec la conjonctive oculaire. Voici de quelle manière M. Laugier décrit le nouveau procédé qu'il propose : « L'opération non-seulement est très-simple, mais elle convient dans tous les cas de symblépharon. Son principe est de mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante des lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérentes par leur base aux paupières et renversés en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de diachylon gommé. Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur ; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive, où le sommet des lambeaux devra être plongé. » — Telle est l'opération que M. Laugier a pratiquée le 11 octobre sur une femme de vingt ans, rentrée dans son service pour un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières à la demi-circonférence de la cornée transparente de l'œil droit et qui s'opposait aux mouvements de l'œil en dedans. Tout mouvement dans ce sens était douloureux et produisait une céphalalgie, qui a disparu par l'opération. Le tissu cicatriciel constituait une sorte de large pannus, dont l'un, le supérieur, fut renversé à la face interne de la paupière supérieure, et l'autre placé à la face interne de la paupière inférieure. Au bout de six jours, les fils ont pu être retirés, la cicatrisation était complète et l'œil avait repris ses mouvements, qu'il a conservés depuis. Ce procédé, que M. Laugier a appliqué avec succès au symblépharon, est semblable à celui que M. Didot a proposé pour le traitement des doigts palmés. Lorsque notre confrère de Liége eut formulé ce procédé opératoire, nous eûmes l'idée de l'appliquer à la cure du symblépharon et nous en avions proposé l'essai à M. Boissonneau fils ; seulement, nous devions maintenir les lambeaux des brides dans le sinus des conjonctives, à l'aide d'une coque en émail, maintenue en place par l'occlusion de l'œil. Le moyen employé par M. Laugier nous paraît remplir mieux l'indication. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, décembre.)

Térébenthine (*Sur l'empoisonnement par les vapeurs d'essence de*). Dans les cas d'empoisonnement qui se présentent chez les personnes habitant un appartement fraîchement peint, l'intoxication est-elle due à la céruse ou aux vapeurs d'essence de térébenthine ? Telle est la question que M. Marchal (de Calvi) est venu discuter dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences. L'auteur commence par rapporter un fait dont il a été témoin chez une de ses clientes. Le premier symptôme consista dans des coliques, mais bientôt survinrent subitement les accidents les plus alarmants : la malade était comme anéantie, le visage d'une pâleur mortelle, le tour des yeux cyanosé, le globe enfoncé, les lèvres à peine mobiles, l'haleine froide, la voix éteinte, les membres froids et dans la résolu-

tion, le pouls presque insensible, sans fréquence, la vue affaiblie, troublée; l'intelligence était intacte, et la malade se sentait mourir. L'usage énergique des stimulants *intus et extrà* la ranima, et, après quelques retours, aussitôt réprimés, de la crise hyposthénique, elle se rétablit, mais seulement au bout d'un mois. — Après avoir longuement débattu si cet empoisonnement devait être attribué à la céruse ou à la térébenthine, M. Marchal termine par les conclusions suivantes : « La céruse étant fixe dans la peinture, dont elle forme la base, elle n'est pour rien dans les accidents qui peuvent résulter du séjour dans un appartement fraîchement peint. Ces accidents sont dus aux vapeurs d'essence de térébenthine ; le danger est le même, que la peinture soit à base de zinc ou de plomb. On ne doit habiter les appartements que lorsque toute odeur d'essence a disparu. L'empoisonnement par les vapeurs d'essence rentre dans la même catégorie que l'empoisonnement par les émanations des fleurs ; celles-ci agissent de deux manières : idiosyncratiquement et toxiquement. Le mode d'action des vapeurs de térébenthine consiste principalement dans une hyposthénisation plus ou moins profonde. Le traitement stimulant, énergiquement administré, est celui qui convient contre cet empoisonnement. Il ne faut pas négliger d'exciter l'action péristaltique de l'intestin par les moyens appropriés. » Ces deux dernières conclusions ne sont rien moins qu'absolues, puisqu'elles reposent seulement sur un fait. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, décembre.)

Vaccine (*Epoque du pouvoir préservatif de la*). L'incertitude qui règne encore sur ce point a conduit M. Kuhn à entreprendre de nouvelles expériences ; voici les résultats qu'il a obtenus. La vaccine préserve d'une autre inoculation vaccinale aussi bien que de la petite vérole. Des vaccinations opérées sur des enfants le second, le troisième et le quatrième jour après une première vaccination, ont toutes réussi. Les revaccinations faites le cinquième jour ont réussi dans la moitié des cas. Les revaccinations faites le septième, le huitième, le neuvième et le dixième jour ont toutes échoué. On voit par ces expériences que la vaccine ne commence à devenir préservatrice que quatre jours après l'inoculation. Lorsqu'il règne une épidémie de variole, les personnes vaccinées récemment sont accessibles à la contagion jusqu'au cinquième jour. Comme la variole a trois ou quatre jours d'incubation, il peut arriver qu'une personne contaminée le quatrième jour de l'éruption vaccinale soit encore prise de variole au moment où la vaccine est dans tout son développement ; ce n'est donc qu'au neuvième jour de l'éruption vaccinale qu'on peut être entièrement rassuré contre l'infection variolique. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855.)

VARIÉTÉS.

COMPTE RENDU DE L'EXPOSITION DE L'INDUSTRIE.—APPAREILS LITHOTRITEURS.

Parmi les noms qui ont été cités dans la polémique beaucoup trop vive qu'a soulevée la priorité de l'invention de la lithotritie, il en est un qu'on a trop oublié, c'est celui de M. Charrière. Cet habile fabricant, dont le génie inventif et la haute intelligence ont présidé à la confection et aux perfectionnements des instruments, a contribué pour une large part à l'établissement définitif de cette grande conquête chirurgicale de notre siècle.

Notre intention n'est pas d'aborder ici l'histoire de la lithotritie, ni d'examiner les divers instruments qui ont été successivement inventés; notre rôle doit se borner à signaler les instruments plus ou moins modifiés que nous avons vu figurer dans les diverses vitrines, à l'Exposition universelle.

On doit considérer dans un brise-pierre trois parties : 1° le corps de l'instrument ; 2° les mors ; 3° le mécanisme qui sert à faire mouvoir les deux branches l'une sur l'autre, et à presser sur le calcul que l'on se propose de briser.

1° Nous n'avons que peu de chose à dire sur le corps du brise-pierre. On sait que cet instrument est composé de deux branches qui glissent l'une sur l'autre; l'une, le double, ou, si l'on veut, la branche femelle, reçoit dans une gouttière profonde le simple, ou la branche mâle.

Les tubes des premiers brise-pierres étaient autrefois peu solides, ils étaient formés de deux valves et ercusées à droite et à gauche. Plus tard, avec un appareil dit *tour à chariot*, on creusa le tube dans la masse du métal; mais ce procédé de fabrication, long et dispendieux, était loin de fournir un instrument sans reproche. Maintenant, les tiges des brise-pierres sont-elles fabriquées à l'aide du *tirage au banc* d'un tube en tôle d'acier? Nous ne faisons que mentionner ce moyen de fabrication déjà ancien, et qui appartient à M. Charrière père.

2° Les mors des brise-pierres ont subi quelques modifications sur lesquelles nous croyons devoir appeler un instant l'attention. Il est à peine besoin de rappeler qu'il existe deux espèces principales de mors : l'une, le mors fenêtré, est destiné à fragmenter les calculs; l'autre, le mors plein : ce dernier est le pulvérisateur des fragments ou des calculs peu volumineux. Outre ces différentes formes, nous avons constaté les modifications suivantes :

M. Mercier a fait exécuter un instrument fenêtré; seulement, à sa base, la partie supérieure est pleine.

Lorsque le brise-pierre est fermé, c'est-à-dire lorsque les deux mors sont rapprochés, les deux branches arrivent au même niveau; lorsque l'instrument est ouvert, le simple est beaucoup moins élevé; pour remédier à cet inconvénient et embrasser une plus grande hauteur du calcul, M. Pagano, de Milan, a augmenté la hauteur du simple, qui vient recouvrir l'autre branche lorsque l'instrument est fermé. Cette disposition nous paraît exposer au pincement de la muqueuse vésicale.

Enfin, M. Vinci, de Catane, a imprimé au simple un mouvement latéral d'oscillation, afin de faciliter la pulvérisation des petits fragments. Une vis, située à la partie inférieure de l'instrument, diminue ou même supprime cette oscillation.

Ces deux derniers brise-pierres ont été exécutés par M. J. Charrière.

3° C'est surtout sur la disposition du mécanisme qui doit faire agir les deux branche du brise-pierres l'une sur l'autre que nous voulons nous arrêter.

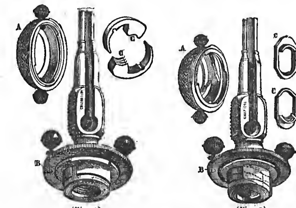
Considérés sous ce point de vue, les brise-pierres peuvent être divisés en trois catégories, qui sont les brise-pierres à vis, à levier, à pignon.

a. Brise-pierres à vis. Dans cette espèce d'instrument, le simple doit s'avancer à l'aide d'une vis. La vis ordinaire faisait perdre un temps précieux lorsqu'on voulait mettre en jeu la lame mobile, inconvénient grave, puisqu'on ne pouvait saisir le calcul aussitôt qu'il était en contact avec un des mors de l'instrument, et qu'on pouvait craindre qu'il n'échappât pendant qu'on tournait la vis, de manière à mettre le simple en contact avec le calcul. C'est alors qu'en 1836 M. Charrière père a fabriqué pour M. Civiale l'écrou brisé, de manière à rendre la branche mobile indépendante ou dépendante à volonté. En tournant dans un sens la virole placée à l'extrémité de la branche fixe, on engrenait la vis, et en la faisant tourner en sens contraire, et dans l'étendue d'un quart de cercle, la vis devenait libre. On comprend que par ce moyen il devenait facile de saisir le calcul entre les deux branches de l'instrument, de

s'assurer de sa solidité entre les mors : ceci fait, il suffit d'engrener la vis, et où eut exercé immédiatement la pression désirable.

Plusieurs modifications importantes ont été apportées à cet instrument : les unes appartiennent à M. Charrière fils, qui a simplifié l'écrou brisé; l'autre appartient à M. Mathieu, qui a remplacé l'écrou par une clavette, *brise-pierre à tiroir*.

M. J. Charrière a exposé trois modèles d'écrous brisés :



(Fig. 1) (Fig. 2).

1° Une grosse virole A, fig. 1re, est assemblée avec la grosse rondelle B; ces deux pièces sont creusées de deux rainures circulaires, s'assemblent par deux échancrures mutuelles, et, une fois engrenées, elles sont maintenues par une des deux vis à boule, qui en limite la course et sert en même temps de point d'appui.

Fig. 3.

Deux demi-écrous CC sont engagés et maintenus, sans le secours de vis, dans une mortaise transversale, et mobilisés par l'action do deux vis à boule placées sur la virole A, qui sert en même temps de point d'appui pour tourner la virole dans un sens ; alors, les deux vis pressent sur l'extrémité extérieure des demi-écrous et les font ouvrir; en tournant dans l'autre sens, l'extrémité des vis presse sur l'autre extrémité des demi-écrous et ceux-ci se forment.

2° Dans ce modèle, les demi-écrous à bascule sont remplacés par deux coussinets CC, superposés et mobiles l'un sur l'autre par un mouvement de va-et-vient (*fig.* 2). A la place de la vis qui fait basculer les coussinets se trouvent deux plans inclinés qui pressent sur une des extrémités d'un coussinet et l'extrémité opposée de l'autre, de sorte que par un mouvement on ouvre l'engrenage, et on le ferme par un mouvement en sens opposé.

3° Au centre de la rondelle B (*fig.* 3) est ajustée une douille mobile D ; cette

douille présente sur ses parties latérales deux échancrures, dans lesquelles on place deux coussinets ce à ressorts longitudinaux ; dans la virole A se trouvent deux plans inclinés, qui pressent sur les coussinets et maintiennent l'engrenage fermé. En tournant la virole en sens opposé, l'élasticité des ressorts fait écarter les coussinets et l'engrenage est ouvert.

Ce dernier modèle nous a paru plus simple que les deux précédents : l'instrument se démonte avec la plus grande facilité ; de plus, les coussinets peuvent se remplacer sans inconvénient, et rien n'empêche le chirurgien d'en avoir de rechange, s'il craignait que le ressort ne vînt à manquer. Un avantage incontestable de ces trois instruments est de permettre d'ouvrir et de fermer l'engrenage sans le moindre effort, par la pression de deux doigts seulement, et sans qu'il soit besoin de déranger ni l'une ni l'autre des deux mains qui maintiennent l'instrument.

Le brise-pierre à tiroir de M. Mathieu est beaucoup plus simple encore ; à l'écrou brisé it a substitué une clavette mobile qui, dans une de ses moitiés, est creusée sur ses deux faces internes d'un pas de vis ; l'autre moitié est beaucoup plus large et laisse passer la vis du simple, sans le moindre frottement. Veut-on avoir le simple tout à fait mobile, on presse sur la clavette, la portion munie d'un pas de vis fait saillie ; veut-on engrener l'instrument, on presse dans le sens opposé, la partie lisse de la clavette fait saillie, et le pas de vis de la clavette s'engage dans la vis du simple.

b. Brise-pierre à levier.— Nous avons trouvé à l'Exposition universelle trois brise-pierres à levier. L'un a été présenté par M. Luer, un autre par M. Nyrop, de Copenhague, un troisième par M. le docteur Guyon. Les deux premiers instruments ont entre eux la plus grande analogie ; les dentelures du levier du brise-pierre de M. Luer sont disposées sur une bien plus grande étendue que celles de l'instrument de M. Nyrop, puisque les premières sont creusées sur plus d'un demi-cercle et que les secondes embrassent un peu plus d'un quart de cercle seulement; mais nous n'attachons qu'une bien médiocre importance à cette différence. Evidemment, ce sont les mêmes principes et les mêmes idées qui ont guidé les fabricants dans la confection de leur instrument. L'instrument de M. Luer, en même temps qu'il permet d'écraser la pierre à l'aide du levier, est disposé de manière à pouvoir être transformé en un brise-pierro à percussion. Pendant que d'une main on frappe avec le maillet, l'autre main, tout en soutenant l'instrument, presse sur le bras de levier; de cette manière, le calcul est saisi solidement, et si la pierre vient à éclater par l'effet du choc qui lui est imprimé, immédiatement elle est saisie et fixée une seconde fois entre les mors du brise-pierre.

La course de l'instrument de M. Guillon est bien plus limitée que celle des deux instruments précédents ; chaque pression exercée sur le levier ne fait que très-peu avancer le simple ; à peine si les dentelures du levier dépassent trois ou quatre échancrures, un cliquet empêche à chaque pression le simple de reculer spontanément.

M. Guillon, dans le but de faire participer les grands animaux, le cheval, par exemple, aux bienfaits de la lithotritie, a imaginé un brise-pierre très-puissant, qui nous paraît devoir atteindre parfaitement le but que l'auteur s'est proposé.

c. Brise-pierre à pignon. On sait que le brise-pierre à pignon est formé par un simple présentant des dentelures, et qu'on le fait avancer ou reculer à l'aide

d'une clef qui s'engage dans une olive creuse, soit à droite, soit à gauche, afin de rendre la pression plus facile, par conséquent, plus puissante. Pour obtenir ce dernier résultat, il fallait retirer la clef, la placer du côté opposé, ce qui occasionnait une perte de temps et surtout empêchait de maintenir solidement le calcul. M. Lucr a exposé un instrument offrant une modification qui nous semble heureuse; en effet, le pignon est mobile, c'est-à-dire qu'on peut le tourner dans tous les sens, à droite, à gauche, en haut, en bas, etc. Mais, pour compléter ce perfectionnement, il importe qu'il y ait sur l'instrument un point de repère certain; car il faut, avant tout, éviter les causes d'erreur ; et si, dans l'ancien brise-pierre à pignon, l'olive indique toujours où est le bec du brise-pierre, cet avantage disparaît si ce repère n'est point remplacé par un autre.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des instruments que nous venons de passer en revue, nous constatons une tendance heureuse à la simplification. Nous ne saurions trop encourager les fabricants à persister dans cette voie, qui ne peut que leur être favorable, à eux, en facilitant les débouchés, et aux chirurgiens, qui manœuvrent leur instrument avec plus de certitude et peuvent beaucoup plus facilement les maintenir en bon état. L'exécution de ces instruments nous a paru extrêmement soignée : solidité des matières premières, élégance, poli brillant, rien n'y manque ; et, certes, avec de pareilles conditions, nous pouvons dire que nous avons des instruments aussi parfaits qu'il est possible de le désirer.

A la suite du dernier concours pour l'internat, ont été nommés : *Internes*, MM. Blondet, Péan, Despaignet, Silvestre, Siredey, Maugin, Dumont, Michel Garnier, Gibert, Tillot, Jaccout, Heurtaux, Martin, Brougniart, Devers, Dayot, Metivier, Dubois, Gellé, Féron, Ball, Londe, de Saint-Germain, Collin, Allaux, Mauvais.—*Internes provisoires :* MM. Durante, Brullé, Paul, Royer, Viaud-Grand-Marais, Dezanneau, Duboué, Mercier, Brunet, Raux, Royer, Hardy, Chatillon, Bonnemaison, Poreau, Alcantara, Meynier, de Saint-Germain (Louis), Lancereau, Scholss, Pasteur, Leven, Fauvel.

Un concours pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens sous-aides commencera le 28 janvier prochain, simultanément à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes.

Un autre concours pour un nombre également indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires aura lieu le 4 février prochain à Strasbourg, le 18 à Montpellier, et le 3 mars à Paris.

Par suite de la démission de M. Bouchardat et du décès de M. Quévenne, les mutations suivantes ont eu lieu parmi les pharmaciens en chef des hôpitaux. M. Grassi passe de Lariboissière à l'Hôtel-Dieu; M. Ducoum passe de la maison municipale de santé à Lariboissière; M. J. Regnault passe de l'hôpital des Cliniques à la Charité; M. Reveil passe de Lourcine à l'hôpital des Cliniques; M. Leconte est nommé à la maison municipale de santé; M. Roussel est nommé à Lourcine.

Dans sa séance du 10 décembre dernier, la Société médico-pratique de Paris

a décidé : 1° qu'il n'y a pas lieu, cette année, de décerner de prix sur la question : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux ; » 2° qu'elle maintient cette même question pour sujet de prix, et proroge jusqu'au 1er juillet 1857 l'époque à laquelle devront être remis les mémoires envoyés par les concurrents; 3° enfin, qu'elle élève à 500 francs, au lieu de 300, le chiffre du prix à décerner. — Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville.

M. le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a été nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique.

M. le docteur Claude Bernard, membre de l'Institut, est nommé professeur de médecine au Collége de France, en remplacement de M. Magendie.

M. le professeur Bonnet, président de la Société de médecine de Lyon, a été élu président de la section des sciences de l'Académie de cette ville.

M. le professeur Duportal, directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, vient de se démettre de la chaire de botanique qu'il occupait dans cette Ecole.

Par décret du 5 décembre ont été promus, dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de second médecin en chef, M. Baraillier, médecin-professeur; au grade de second pharmacien en chef, M. Fontaine.

Le docteur Oliffe, membre du jury de l'Exposition universelle, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

Le corps médical vient de perdre M. le docteur Gaultier de Claubry, membre de l'Académie de médecine et médecin consultant de l'Empereur, et M. le docteur Gorré, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer et membre correspondant de l'Académie de médecine.

M. Guillermond, pharmacien à Lyon, a obtenu une médaille de première classe pour la préparation remarquable de ses extraits, et M. Blanc, fabricant des appareils de chirurgie de M. le professeur Bonnet, une médaille de deuxième classe.

Aucun cas de choléra ne s'étant manifesté à Madrid depuis le commencement de novembre, un *Te Deum* y a été chanté en action de grâces de la disparition du fléau. — Le *Semanario* fixe ainsi le nombre total des malades atteints de l'épidémie et ceux qui sont morts dans cette dernière récidive : atteints, 5,501 ; morts, 3,697. — La reine d'Espagne, voulant récompenser, autant que le permet l'état du Trésor public, les sacrifices des hommes de l'art qui ont « compromis leur vie avec une abnégation et un civisme inestimables, fidèles à la charité chrétienne et à l'amour de leur honorable profession, » a résolu qu'une somme de 1,000 réaux (250 fr.) serait accordée aux veuves des médecins et chirurgiens morts du choléra dans l'exercice de leur profession et en remplissant leur mission.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUARANTE-NEUVIÈME VOLUME.

A.

B.

R.

S.



FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE-NEUVIÈME.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.